FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

825

ANNÉE 1962 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Félix LEPERCHEY

Certificat d'Etudes Spéciales des Maladies de l'Appareil Digestif
Certificat d'Etudes Spéciales d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail
Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 15 octobre 1928, au Havre (Seine-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 196

ESSAI D'ANALYSE DES PROBLEMES PRATIQUES ET DOCTRINAUX POSES PAR LES GASTRITES ULCEREUSES

A la lumière de 266 observations

•

Travail du Service
de Monsieur le Professeur Charles Debray
(Hôpital Bichat)

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Félix LEPERCHEY

Certificat d'Etudes Speciales des Maladies de l'Appareil Digestif
Certificat d'Etudes Spéciales d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail
Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 15 octobre 1928, au Havre (Seine-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 196

ESSAI D'ANALYSE DES PROBLEMES PRATIQUES ET DOCTRINAUX POSES PAR LES GASTRITES ULCEREUSES

A la lumière de 266 observations

•

TRAVAIL DU SERVICE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES DEBRAY
(Hôpital Bichat)

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1962

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Jean VERNE — 2e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales : *Beaujon* : LORTAT-JACOB (J.-L.) — *Cochin* : LÉGER (L.) — *Hôtel-Dieu* : PATEL (J.) — *Pitié* : CORDIER (G.) — *Saint-Antoine* : GOSSET (J.) — *Salpêtrière* : SICARD (A.) — *Tenon* : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales : *Boucicaut* : LENÈGRE (J.) — *Broussais* : SOULIÉ (P.) — *Cochin* : JUSTIN-BESANÇON (L.) · BROUET (G.) — *Hôtel-Dieu* : BARIÉTY (M.) — *Laribosière* : SÈZE (S. DE) — *Pitié* : DREYFUS (G.) — *Saint-Antoine* : KOURILSKY (R.).	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales : *Baudelocque* : LACOMME (M.) — *Foch* (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.).

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.* : MM. Abelanet (R.); Busser (F.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.* ; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.); Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jérome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B.).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.* ; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.* ; Blancher (G.); Mlle Corre-Hurst (L.); M. Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.); Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Derobert (L.), *pr. s. ch.* ; Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cauchoix (J.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Lévêque (B.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.); Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y.); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Joseph (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.); Durand (J.); Girard, *m. conf.* ; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.* ; Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.); RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.); FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.), *m. conf. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.), *pr. s. ch.*; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538127_0003

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES DEBRAY

Professeur de clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie

Médecin de l'hôpital Bichat

qui a bien voulu nous accorder son enseignement, suscitant notre orientation vers la gastro-entérologie, nous encourager dans cette voie, et nous confier le sujet de cette thèse, qu'il nous fait aussi l'honneur de présider, sujet en rapport direct avec son activité personnelle d'endoscopiste.

Nous le prions d'accepter l'expression très respectueuse de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL GAULTIER

Professeur de clinique toxicologique

Médecin de l'Hôpital Fernand Widal

qui nous fait bénéficier de son enseignement
depuis plusieurs années et nous apporte le
réconfort de son estime et de sa confiance
en nous faisant l'honneur de nous autoriser
à participer aux activités de son service.

Nous le prions de bien vouloir
reconnaître au seuil de notre travail
l'expression de notre attentif respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE CHOUBRAC

Médecin des Hôpitaux

qui nous a donné son enseignement, ses conseils, son aide et a prodigué ses soins aux nôtres, nous le prions d'accepter l'expression de toute notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE MERCADIER

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté

qui a également prêté son concours au chevet des nôtres et nous a donné son enseignement et ses conseils. Nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre fidèle gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN BERNARD

Professeur de cancerologie médicale et sociale
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

nous le prions de bien vouloir accueillir l'expression de la fidélité de notre pensée à son enseignement et de notre respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE GRENET

Médecin des Hôpitaux

qui nous a réservé auprès de lui un accueil particulièrement généreux dont nous gardons le souvenir reconnaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT DEGOS

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

nous le prions de bien vouloir accepter l'expression de notre très respectueuse attention.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUY MORIN

Médecin radiologiste des Hôpitaux

qui nous a initié avec beaucoup de bienveillance à la radiologie digestive, nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE FOURNIER

Professeur agrégé à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-PIERRE HARDOUIN

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE MARTIN

Chef du Laboratoire central d'anatomie pathologique
de l'hôpital Bichat

en lui exprimant notre joie que ce travail ait été
l'occasion d'aviver une ancienne sympathie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES LEYMARIOS

Chef de clinique à la Faculté

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE HOUSSET

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-PIERRE BOURDAIS

P L A N

Introduction
Aperçu historique page 4

ASPECTS GASTROSCOPIQUES
- Etude analytiques des ulcérations gastritiques 8
- G.U. et ulcère 14
- G.U. nécrotiques, figurées, hémorragiques 16
- Aspects d'ensemble 18

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (Iconographie)
- Exposé préliminaire des difficultés de technique et de terminologie 20
- Etude analytique des ulcérations gastritiques 21
- Rapports anatomo-pathologiques entre les ulcérations gastritiques et l'ulcère 25
- Altérations muqueuses diffuses associées aux ulcérations, étudiées par les biopsies 32
- Perspectives actuelles. Place de l'exulceratio simplex 34

Etiologie 38
Clinique 41
Radiologie (iconographie) 46
Tubage gastrique et cyto-diagnostic 53
Evolution considérée de façon générale 56

Formes anatomo-cliniques et évolutives.
Aspects étiologiques particuliers 62
- G.U. COMPORTANT DES ULCERATIONS CREUSANTES 66
- EXULCERATIO SIMPLEX DE DIEULAFOY 70
- G.U. sur hernie hiatale 75
- G.U. sur estomac opéré 76
- G.U. sur terrains particuliers (CIRRHOTIQUES) 78

Incidences des problèmes pathogéniques et des données expérimentales 81
- PLACE DES ULCERATIONS GASTRITIQUES AU REGARD DES ULCERATIONS EXPERIMENTALES 87

Diagnostic
- INCIDENCES DOCTRINALES DES PROBLEMES DIAGNOSTIQUES 96

Thérapeutique 101

Observations divisées en six groupes, suivies de tableaux récapitulatifs

---

Conclusion

Bibliographie

E R R A T A

Lire		
page 4	ligne 15	dans sa forme la plus ordinaire
11	27	soulignent
12	7	buccaux
65	4	"
13	26	Les premières
17	26	ulcérations gastritiques
18	8 et 23	" "
26	15	" "
27	16	" "
61	10	" "
19	9	ne paraît pas être
26	8	tout différents
27	11	ce dernier étant toujours envisagé selon des critères exclusivement topographiques
31	7	ne laisse aucun doute
32	9	envisagées
35	8	laissée
35	26	sur l'importance du facteur
39	12	envisagé
45	22	ce qui confirme
48	8	observées
53	26	susceptible
59	9	trois fois quatre mois après la première gastroscopie
69	31	ne figure
77	5	(obs. 246 et suivantes) revêtent
Conclusions :		
5	12	quelle que soit
6	6	n'exclut

INTRODUCTION

La connaissance ancienne d'ulcérations endogastriques superficielles à côté de l'ulcère proprement dit a suivi les progrès de la gastroscopie, et la révision de quelques points les concernant est de ce fait opportune. Un des problèmes les plus importants que ces ulcérations posent, et qui vient immédiatement à l'esprit, est précisément celui de la possibilité de leur passage à l'ulcère vrai ou tout au moins à une ulcération térébrante semblable à celui-ci. Le premier but de ce travail est de présenter des obsefvations recueillies par le Pr. DEBRAY, étudiées par lui-même et ses collaborateurs anatomo- pathologistes LAUMONIER et MARTIN, illustrant cette dernière éventualité.

Ces ulcérations distinctes de l'ulcère vont se ranger parmi les gastrites en formant le groupe des gastrites ulcéreuses. Se trouvant ainsi individualisé en vertu d'une discrimination anatomique macroscopique, le groupe des gastrites ulcéreuses est-il doué d'une unité sur les autres plans, a-t-il des limites précises ? Quelles sont sa place, son importance et sa signification dans l'ensemble des gastrites ? Ce sont autant de questions que pose l'autre versant en quelque sorte du problème, dont il faudra s'efforcer de refléter aussi l'état actuel.

Une étude envisageant ainsi globalement les gastrites ulcéreuses est de toute façon pleinement justifiée, avant tout par l'existence de gastrites dont l'expression essentielle est la présence d'ulcérations, par l'existence aussi de nombreuses gastrites d'expression anatomique complexe où les ulcérations conservent une place importante, enfin par le fait que la constatation ou non d'ulcérations est l'élément le plus saillant que puisse apporter la gastroscopie dans l'examen d'un estomac gastritique. Or, une fois exclues quelques éventualités disparates formant le groupe des gastrites aiguës, dont certaines sont d'ailleurs fort rares, le seul fil conducteur possible dans l'étude des gastrites est précisément l'exploration endoscopique. En effet, on ne peut compter sur les expressions clinique et radiologique toutes deux dénuées de constance et de spécificité, ni sur le retentissement sur la fonction sécrétoire globale de l'estomac pour précieuse que puisse être son évaluation par le tubage, ni même sur les renseignements histologiques qui peuvent être obtenus. La conclusion de Ch. DEBRAY qui s'est constamment attaché avec LAUMONIER à l'étude biopsique de l'estomac, conjointement à son étude endoscopique, est formelle sur ce dernier point.

.../.

Nous sommes donc autorisés à adopter une définition pratique des gastrites ulcéreuses : ce seront les gastrites comportant une ou plusieurs ulcérations, en dehors de l'ulcère proprement dit, endoscopiquement décelables. Conformément à la tradition, les gastrites spécifiques susceptibles de comporter éventuellement des ulcérations, nommément les gastrites tuberculeuses et syphilitiques seront en principe exclues; à ce propos, il faut remarquer la rareté non seulement relative mais absolue de tels phénomènes et la difficulté d'atteindre la certitude sur leur compte dans chaque cas particulier, l'efficacité des thérapeutiques correspondantes ne permettant pas de conclure. Les ulcérations qui surviennent au cours des gastrites aiguës, qu'il s'agisse de gastrites secondaires à une maladie infectieuse, un désordre métabolique grave, ou une agression caustique, ont des caractères particuliers liés à leur étiologie; elles ne posent aucun des problèmes communs à celles des autres gastrites, alors qu'elles posent, en revanche, des problèmes qui leur sont propres; de plus, elles échappent à l'observation endoscopique dans la plupart des cas; tout ceci, outre leurs éventuelles particularités anatomo-pathologiques macroscopiques et microscopiques, justifie aussi leur exclusion de l'étude des gastrites ulcéreuses.

Ainsi comprises, les gastrites ulcéreuses s'inscrivent donc parmi les gastrites chroniques, étant entendu que de multiples nuances évolutives sont possibles sous cette désignation, certaines gastrites, dont celles qui nous occupent en particulier, pouvant avoir une évolution à tendance subaiguë mais qui demeure toujours éloignée de celle des gastrites aiguës proprement dites, ce qui justifie cette opposition mise en lumière récemment au cours d'une réunion de confrontation thérapeutique par Ch. DEBRAY.

Notre travail n'est qu'une introduction aux observations que le Pr. DEBRAY a bien voulu nous confier, aussi nous les avons exposées toutes ensembles dans une seconde partie, la plus importante, à laquelle nous nous reporterons constamment. Le plan de cette introduction était dicté par ce que nous venons de dire : immédiatement après un bref rappel historique propre à donner l'éclairage contemporain de notre sujet, l'exposé des aspects gastroscopiques retiendra notre attention, complété ensuite par l'étude des faits histologiques. Puis une revue des expressions cliniques et radiologiques

.../.

et des modalités évolutives sera envisagée, une place particulière étant réservée au problème des rapports entre les gastrites ulcéreuses et l'ulcère de l'estomac. Enfin un instantané des conceptions thérapeutiques actuelles sera donné. Une liaison plus étroite et plus rigoureuse entre les propositions exprimées ci-après et l'exposé ultérieur des faits observés sera assurée par quelques tableaux synoptiques.

APERCU HISTORIQUE

Il est possible en replaçant les gastrites ulcéreuses dans l'ensemble des gastrites d'envisager le déroulement de leur découverte et des différentes conceptions dont elles ont été l'objet. Une telle étude a déjà été accomplie dans plusieurs ouvrages. Si on s'en tient strictement aux gastrites ulcéreuses, le champ des recherches se restraint considérablement; l'appellation même de "gastrite ulcéreuse" impliquant une notion anatomo-pathologique qui ne peut être acquise que par deux moyens, l'examen de pièces autopsiques ou opératoires et l'exploration endoscopique. Seul le premier moyen, lorsqu'il s'adresse aux pièces d'autopsie, permet de remonter au-delà de l'époque contemporaine. A ce titre, BELLIN a pu citer un texte de MORGAGNI qui semble avoir été le premier au XVIIIème siècle à se pencher sur les ulcérations gastriques qu'il avait observées "variées et multiples"; mais, ne serait-il pas paradoxal, sinon chargé d'artifice , de prêter à ces auteurs anciens fût-ce seulement un pressentiment des affections qui sont l'objet de notre étude alors que le banal ulcère, dans sa formation la plus ordinaire n'était pas isolé. Il est également habituel de mentionner, même à l'étranger, le nom de BROUSSAIS à propos des gastrites; néanmoins il semble que le système pathogénique, de visée d'ailleurs vaste, que cet auteur a proposé au début du XIXème siècle dans son oeuvre, y altère l'étude des faits anatomo-cliniques nouvellement observés, la seule valable.

Les travaux de CRUVEILHIER en 1830 ont eu, en revanche, une influence considérable sur la conception de la gastrite ulcéreuse encore actuellement en vigueur. Lorsqu'il individualise l'ulcère proprement dit, il fait en même temps la place des ulcérations inflammatoires restant en dehors de lui; mieux que cela, il reconnait explicitement leur existence et le problème des rapports entre les deux ordres de faits se trouve inévitablement posé; restant le noeud de cette question, il est l'objet essentiel de notre étude à la lumière d'observations nouvelles ainsi qu'il a été dit.

Suivant la tradition, une allusion doit être nécessairement faite à la relation classique de BEAUMONT qui semble avoir fait en 1833 sur un sujet porteur d'une fistule la première obsefvation in vivo des ulcérations gastriques, devançant de loin les premières observations endoscopiques.

.../.

Entre ces premiers jalons sur le chemin de la connaissance des gastrites et la période contemporaine qui demeure celle des acquisitions décisives en raison des moyens - endoscopie et biopsie - dont elle dispose, se situe une longue période s'étendant sur la seconde moitié du XIXème siècle et le début de celui-ci, où beaucoup d'auteurs devraient être cités pour avoir accompli les premiers pas dans l'analyse de ce chapitre si complexe de la pathologie gastrique. On retiendra plus particulièrement les noms de ROKITANSKY pour son étude des érosions hémorragiques et de BUDD qui, en 1855 attire l'attention sur l'observation de BEAUMONT. Mais les éclaircissements qui ont résulté de ces travaux sont demeurés longtemps parcellaires, MOUTIER et CORNET rappellent dans leur traité des gastrites que, "vers 1875 encore il n'y avait de clairement individualisés en gastrologie que l'ulcère et le cancer". Quelques pas plus marquants furent, il est vrai, accomplis ensuite.
En 1893 les travaux de BOUVERET et d'autre part de HAYEM qui tendent les premiers à faire une synthèse des données anatomiques acquises sur les érosions et les ulcérations gastriques, marquent une étape. L'isolement par DIEULAFOY en 1898 de l'exulceratio simplex reste mémorable. Mais toutes les recherches de l'ère anatomo-pathologique pure des gastrites sont couronnées par les travaux de KONJETZNY qui en marquent la fin. Dans plusieurs publications centrées sur les rapports entre les gastrites ulcéreuses et l'ulcère, basées sur l'étude de pièces anatomiques, ce dernier auteur a étudié la possibilité du passage d'un type d'ulcération à l'autre et s'est efforcé d'en définir les modalités avec précision. La direction générale des travaux de KONJETZNY doit être considérée avec attention, cet auteur s'efforçant d'apporter quelque clarté au problème laissé en suspens dès l'origine par CUVEILHIER, et nous aurons souvent l'occasion d'y faire allusion, soit directement, soit par l'intermédiaire des différents auteurs qui ont étudié les gastrites au premier rang desquels figure MOUTIER.

Dépassant de loin tous les précédents, l'évènement le plus important dans l'histoire des gastrites est fourni par le développement de la gastroscopie dont il nous tarde de parler. Avant l'utilisation de la gastroscopie les gastrites ulcéreuses ne pouvaient être qu'un sujet de discussion d'anatomo-pathologie, avec la gastroscopie elles deviennent une affection d'intérêt pratique et clinique de diagnostic possible sur le malade. Une date précise ne

.../.

peut être attribuée à la mise en oeuvre de la gastroscopie qui est passée progressivement du domaine de la recherche à celui de l'investigation d'exception puis à celui de la pratique spécialisée de diffusion de plus en plus large; néanmoins on peut la situer vers 1930, et à partir de cette époque, l'historique des gastrites se superpose à celui de la gastroscopie, les auteurs qui traitèrent de la gastroscopie en général ayant dans l'ensemble traité également des gastrites qui constituent à la fois le domaine pathologique d'élection et la conquête essentielle de ce procédé d'investigation. Parallèlement aux études de MOUTIER et de CORNET, en France, il faut mentionner à l'étranger celles de SCHINDLER, KORBSCH, HENNING, GUTZEIT, tous ces auteurs ayant décrit la plupart des aspects gastroscopiques que nous rencontrerons dans nos observations.

L'année 1935 constitue un repère important puisque c'est celle du premier congrès international de Gastro-Entérologie tenu à Bruxelles consacré en partie précisément aux gastrites, congrès qui montre bien à la fois la maturité atteinte par cette question, l'intérêt général qui lui est porté, mais aussi les difficultés qu'elle soulève de façon de plus en plus aiguë; d'autre part, cette date est aussi celle de la parution du traité classique de gastroscopie en langue française de MOUTIER.

Il importe moins de dresser un inventaire chronologique des travaux consacrés aux gastrites ulcéreuses à partir de ce moment, que de distinguer leurs tendances principales et les étapes de leur expression. Or, il est possible de discerner deux tendances nullement opposées mais seulement divergentes dans l'étude des gastrites avec le développement de la gastroscopie. L'une consistant à placer avec rigueur avant toute chose l'impression visuelle recueillie à la gastroscopie, comme étant la base objective de toute connaissance sur cette question, et de la considérer comme un guide absolu dans toutes ses nuances; l'autre, de s'efforcer plus librement de faire d'ores et déjà une synthèse de l'ensemble des éléments apparus à la lumière de la gastroscopie assurément, mais dont les données propres ne sont qu'une partie qui peut être envisagée avec souplesse.

Ceci a une incidence immédiate sur notre sujet ; on conçoit que suivant la première tendance la constatation ou non d'ulcérations au cours de la gastroscopie va prendre un caractère déterminant dans la classification

.../.

des gastrites et va tendre à individualiser le groupe des gastrites ulcéreuses; dans l'autre attitude, la constatation d'ulcérations pouvant, dans certains cas, devenir contingente, le groupe des gastrites ulcéreuses se détachera avec beaucoup moins de netteté.

Ainsi, en 1941 MOUTIER confie à BELLIN la rédaction d'une thèse sur les gastrites ulcéreuses basée sur 232 observations dont 64 sont rapportées en détail, cet ouvrage marque une étape importante dans l'étude de ce sujet et constitue un document de référence fondamental, il traduit bien, en outre, la préoccupation de MOUTIER de conférer une individualité aux gastrites ulcéreuses qui se trouvaient incluses dans sa classification des gastrites de 1935 parmi les gastrites altératives.

Bien que le souci des nuances et de la parfaite exposition des faits tant du point de vue évolutif que descriptif lui ôte une partie de son unité cette conception se retrouve encore dans le traité des gastrites de MOUTIER et CORNET de 1955 auquel nous ferons souvent appel au cours de ce travail.

Mais dans le traité plus ancien en langue anglaise de SCHINDLER de 1947 on chercherait en revanche en vain une marque d'individualité accordée aux gastrites ulcéreuses, absence qui coïncide avec la rareté des publications en langue anglo-saxone sur ce sujet, au cours de ces dernières années.

Quoiqu'il en soit, les derniers progrès effectués dans l'appareillage gastroscopique -nous faisons allusion tout particulièrement aux travaux du Pr. DEBRAY et de ses collaborateurs- permettant à la fois une généralisation plus grande de ce mode d'exploration, et une observation plus rigoureuse dans chaque cas, donnent de plus en plus de valeur à la gastroscopie en général, permettent de déceler et d'analyser de mieux en mieux les ulcérations gastriques dans le cas particulier qui nous occupe, ulcérations dont la réalité domine tout au long cette étude, justifient enfin, plus encore qu'autrefois, d'envisager de façon globale et comparative l'ensemble des gastrites ulcéreuses.

A S P E C T S G A S T R O S C O P I Q U E S

On se saurait mieux faire que de suivre pas à pas, dans cette étude, MOUTIER et ses disciples qui se sont attachés à la description des différents aspects gastroscopiques des ulcérations gastriques.

L'abrasion représente l'ulcération la plus légère décelable en vision macroscopique. Ce terme n'a jamais été rencontré dans les rapports d'examen concernant nos observations. MOUTIER et CORNET la décrivent sous l'aspect d'un dépôt pultacé. Or dans de nombreux examens que nous n'avons pas retenus parmi les observations passées en revue, il est question d'enduits pultacés susceptibles de recouvrir de légères ulcérations, mais l'observateur ne pouvait conclure à la certitude de celles-ci. En pratique, sauf quelques cas particuliers, il est donc extrêmement difficile de faire état d'une atteinte aussi minime. Toutefois, certaines lésions très superficielles comparées à des plaques muqueuses semblent s'en rapprocher, mais elles pourraient être considérees comme une forme des ulcérations plates sur lesquelles nous reviendrons.

Pour les érosions et les ulcérations preprement dites, la forme, la couleur, la disposition de celles-ci a paru retenir plus l'attention de l'observateur que l'appréciation extrêmement délicate de nuances très fines dans leur degré de profondeur, l'éventualité extrême de l'ulcération confinant à l'ulcère vrai étant mise à part, et nous les envisagerons suivant leur morphologie.

Les ulcérations fissuraires ont été rencontrées très souvent, elles constituent un des aspects les plus caractéristiques des ulcérations gastriques. Le terme "fissuraire" est le plus souvent employé de façon explicite par l'observateur mais nous avons rencontré parfois le qualificatif de linéaire qui devait désigner un aspect très voisin. Néanmoins, BELLIN distingue ces deux types d'ulcérations, attribuant aux fissuraires une plus grande profondeur, or souvent, dans nos rapports d'examen, leur caractère extrêmement superficiel, parfois à la limite de la visibilité est noté. MOUTIER et CORNET disent

.../.

très justement qu'on ne saurait leur décrire un aspect formel, et les nuances décrites par GUTZEIT, cité par BELLIN, n'ont pas de caractère absolu. Le fond en est souvent recouvert d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux qui aide à les reconnaître, leur taille a été rarement précisée au cours de nos observations, mais elles ont été souvent qualifiées de petites. Leur nombre, très variable, nous paraît en général assez élevé, peut-être grâce aux progrès techniques de l'observation, et de ce fait difficile à préciser dans chaque cas. Un point paraît devoir être bien souligné : presque toujours, ce type d'ulcération est observé conjointement à l'existence d'une gastrite mamelonnée le plus souvent très nette; il n'est pas rare qu'elles n'apparaissent qu'en seconde analyse à l'examen attentif d'une gastrite mamelonnée intense, les ulcérations mêmes étant difficiles à discerner. MOUTIER et CORNET signalent déjà cette association surtout lorsque les ulcérations fissuraires sont accompagnées d'ulcérations en étoile. Nous avons noté 18 observations d'ulcérations fissuraires seules associées à une gastrite mamelonnée, 8 observations d'ulcérations fissuraires mêlées à d'autres aspects, également associées à une gastrite mamelonnée. Les ulcérations fissuraires sont le plus souvent allongées dans le fond des sillons séparant les mamelons, mais elles se voient aussi sur le sommet de ceux-ci, où elles peuvent même affecter une orientation transversale. Leur siège est essentiellement fundique avec une prédilection sur la face postérieure dans sa partie basse, caractère topographique très général aux gastrites.

D'une signification très différente sont les grandes ulcérations fissuraires, très longues, peu nombreuses, plus profondes qui a vrai dire sont beaucoup plus que les précédentes de véritables fissures. Décrites en détail par MOUTIER et CORNET, elles paraissent rares. Au cours d'une observation a été décrite une fissure unique très longue (Obs. 228). Très voisines en revanche des petites ulcérations fissuraires sont les ulcérations en étoile, l'aspect craquelé, les ulcérations en coup d'ongle. Nous ne rappellerons l'aspect craquelé particulier à la petite courbure fundique haute que pour souligner avec MOUTIER et CORNET sa rareté actuelle puisque nous n'en avons guère trouvé mention.

.../.

Les ulcérations en étoile en revanche sont fréquentes, considérées comme la conjonction d'ulcérations fissuraires, elles coexistent en effet volontiers avec ces dernières à l'état simple, et paraissent avoir la même signification : coexistence avec gastrite mamelonnée, topographie, caractères superficiel et multiple leurs sont communs.

Les ulcérations en coup d'ongle, d'un aspect courbe se définissant bien de lui-même, sont distinguées soigneusement par BELLIN, leur convexité serait constamment orientée vers le cardia, nous en avons noté un cas explicite (obs. 45), un autre dans lequel des ulcérations en demi-lune sont décrites parait très voisin.

Les ulcérations punctiformes sont rapprochées par BELLIN des précédentes bien qu'elles s'en éloignent sensiblement dans leur aspect, mais se rapprochement nous a paru lors du classement des observations à la fois opportun et riche d'enseignement. En effet, il a été mentionné plusieurs fois, comme au cours d'une observation d'une malade personnelle du Pr. DEBRAY (obs. 37), la coexistence d'ulcérations fissuraires et punctiformes. BELLIN insiste à juste titre sur le caractère volontiers hémorragique de ces ulcérations. Les ulcérations punctiformes sont de description assez difficile : elles apparaissent comme de petits puits, à bords nets et à fond blanc.

Tous les types d'ulcérations que nous venons de voir sont groupés par BELLIN sous l'appellation d'ensemble de gastrites erosives, dans leur traité, MOUTIER et CORNET n'ont pas conservé cette disposition en séparant les fissuraires des érosives. Or, le classement de BELLIN reste séduisant, car une similitude se dégage de la lecture des rapports gastroscopiques des observations où sont décrites ces différentes lésions, l'existence quasi-constante de gastrite mamelonnée, des similitudes topographiques, évolutives même sont frappantes, et nous les avons groupées sous l'appelation de gastrites mamelonnées et ulcéreuses, l'ulcération n'étant qu'un élément dans l'expression anatomique de la gastrite. Il serait plus exact de préciser mamelonnées et erosives.

Bien que réalisant une gastrite à la fois mamelonnée et ulcéreuse la gastrite en "ventouse de poulpe" dite aussi polypoïde ou mieux encore pseudo-polypoïde ombiliquée constitue une affection très différente et à part

.../.

des précédentes par son aspect endoscopique même, aussi avons-nous isolé un groupe spécial d'observations de ce type (obs. 87 à 98).

Elle se distingue aisément par la configuration des mamelons qui par leur régularité, tendent à réaliser un aspect pavé, et par la disposition de l'ulcération qui, plus profonde que les précédentes, se situe au centre de chaque mamelon, au point le plus élevé de celui-ci, tranchant sur lui par son relief cratériforme et sa couleur. Lorsque les mamelons affectent une disposition linéaire, la rangée saillante d'ulcérations contiguës ressemble à un tentacule de poulpe pourvu de ses ventouses. Nous avons rencontré 9 observations de ce type. Le nombre des éléments est assez variable; parfois, quelques éléments seulement, ailleurs le processus est très étendu, modifiant l'aspect d'ensemble de la paroi endogastrique. Le siège antral est assez fréquent, de même que celui du sphincter de l'antre, ce qui l'oppose encore aux types précédents de gastrites étudiées, mais ceci n'est pas exclusif. Plus que le nombre et leur siège, c'est l'allure des éléments qui retient ici l'attention, en insistant sur leur aspect ombiliqué, il est en effet classique de dire aussi varioliforme. "Les éléments se présentent sous l'aspect de saillie de 1/2 cm de diamètre environ, bien arrondie, très saillante (quelques millimètres) et présentant en leur centre une ulcération peu profonde, un peu irrégulière, recouverte d'une fausse membrane blanche". Ch. DEBRAY - Obs. 96.

Les ulcérations aphtoïdes ont été particulièrement étudiées par CORNET qui en a donné une description très complète prolongeant et précisant les observations de MOUTIER.

La vingtaine d'observations que nous avons rassemblée de ce type de gastrite confirme en tous points les propositions de ces auteurs.

Un stade vésiculeux initial a été observé par MOUTIER et CORNET qui en souligne le caractère fugitif, il n'a jamais été constaté au cours de nos observations. Les ulcérations constituées variant de 1 à 6 mm de diamètre, ont en moyenne 2 à 3 mm; "la forme de ces éléments est ronde ou ovalaire, leur bord est bien formé, irrégulier, marqué par un fin liseré rouge vif. Leur fond est blanc crémeux ou grisâtre."(MOUTIER et CORNET)

Les observations rencontrées viennent à l'appui de l'opinion de MOUTIER et CORNET, à savoir que ces ulcérations aphtoïdes sont en général très peu nombreuses, quelques éléments seulement étant observés et souvent uniques.

.../.

Le cas cité par BELLIN d'une éruption confluente semble exceptionnel.

La topographie n'appelle pas de remarque nouvelle, le sphincter antral et la partie basse du fundus sont les points d'élection, la disposition en ligne verticale des éléments signalée par MOUTIER est retrouvée à propos d'une observation personnelle du Pr. DEBRAY, constituant un très bel exemple de cette affection. (obs. 99)

Un cas de coexistence avec des aphtes bucaux a été observé à l'Hôpital Vaugirard en 1936 s'ajoutant aux observations de CORNET.

Deux remarques seulement doivent être faites. Plusieurs fois, des ulcérations aphtoïdes uniques ont été observées à l'occasion d'hémorragies digestives, bien qu'elles aient la réputation d'être peu hémorragiques, mais signalons dès à présent que souvent des ulcérations gastriques uniques quelque soit leur type sont notées dans ces circonstances, nous y reviendrons. En second lieu, la plupart des observations de gastrites aphtoïdes que nous reproduisons sont anciennes de plusieurs années, et elles apparaissent, sous toutes réserves, plus rares à présent. Ceci est intéressant comme susceptible de fournir un nouvel exemple de la labilité de ces affections gastriques.

Les aspects gastroscopiques qui restent à décrire, vont poser des difficultés de classement et de terminologie, chaque cas étant presque susceptible de quelque particularité si on en poursuit la recherche à l'extrême, et il convient d'éviter de multiplier les descriptions, afin de s'efforcer de dégager les types significatifs. BELLIN décrit essentiellement des ulcérations plates, terme maintenu par MOUTIER et CORNET, or ce terme même d'ulcération plate aété peu utilisé dans les rapports d'examen passés en revue. Notons à ce propos qu'il pourrait paraître souhaitable en précisant toujours gastrite mamelonnée érosive, gastrite pseudo-polypoïde ombiliquée, gastrite aphtoïde, de réserver l'appellation de gastrite ulcéreuse à celles qui nous occupent à présent puisque ce sont en effet à elles que l'appellation s'applique par excellence alors qu'on ne dispose ici d'aucun autre terme particulier. Mais la désignation de gastrite ulcéreuse ne se limite pas à celles comportant certaines catégories d'ulcérations gastriques seulement; si le terme

.../.

d' "ulcération" est en principe réservé à une perte de substance d'une certaine profondeur, le terme d' "érosion" servant à désigner les plus superficielles, MOUTIER a même défini une gradation aussi précise que possible, en pratique la distinction entre gastrite érosive et ulcéreuse peut être difficile et de toute façon ceci ne permettrait d'exclure des gastrites ulcéreuses que les gastrites comportant des ulcérations très superficielles et le groupe des gastrites ulcéreuses n'en serait pas pour autant plus homogène. D'autre part, aucune cloison étio-pathogénique ne peut justifier actuellement un tel partage.

Un premier point retient l'attention : la gastrite ulcéreuse dans sa forme la plus pure et la plus franche de multiples ulcérations de taille moyenne ou grande de 1/2 à 1 cm et plus, de forme arrondie, suffisamment profondes pour ne laisser aucun doute, non seulement sur leur existence mais aussi leur caractères notable, néanmoins de nature toujours nettement superficielle, disséminées largement sur la paroi gastrique d'autre part peu modifiée, est rare, à tel point que nous avons éprouvé une difficulté à classer les quelques cas de ce genre que nous avons rencontrés, ceux-ci n'ayant pas permis de constituer à eux seuls un groupe d'observations semblant se rapprocher de ce type idéal.

Une observation personnelle du Pr. DEBRAY datant de 1941 nous paraît constituer d'autre part un exemple des "érosions polymorphes" ainsi qualifiées par MOUTIER et CORNET et qui paraissent appartenir à cette catégorie de lésions. De dimensions toujours assez grandes, de siège fundique, de nombre souvent important, elles sont en effet de formes variables, avec un fond blanc jaunâtre parfois porcelainé. Dans cette observation, il a été noté "un très grand nombre d'érosions de 3 à 4 mm de diamètre à bords irréguliers très superficielles. Certaines sont franchement creusées, d'autres de niveau avec la muqueuse. Les premiers ont un fond blanchâtre pseudo-membraneux. Les autres, de beaucoup les plus nombreuses, présentent simplement un aspect dépoli de la muqueuse avec erythème. Les bords sont irréguliers, serpigineux, mais ne donnent pas l' impression de fissures. Ces ulcérations siègent dans tout le corps, mais particulièrement la moitié inférieure." Ch. DEBRAY Obs. 222.

Les ulcérations plates, pour BELLIN,"représentent des excavations en forme de cuvette à bords nets souvent taillés à pic". Pour MOUTIER et CORNET

.../.

la grande ulcération plate unique est remarquable par sa grandeur et son siège au sphincter antral, elle est dépourvue de relief, de niveau avec la muqueuse et sertie par elle. Il n'a pas été noté dans les rapports d'examens étudiés d'exemple répondant exactement à ces derniers critères. Toutefois des observations d'ulcérations uniques ou peu nombreuses en particulier du sphincter antral en paraissent très voisines. Il nous semble à la lumière de ces confrontations qu'il est permis de concevoir très simplement les ulcérations plates, douées d'une certaine profondeur, donc donnant logiquement un aspect légèrement déprimé, de dimensions variables mais en général petites ou moyennes c'est-à-dire dépassant rarement 1/2 cm environ, de forme arrondie ou ovalaire, de contours nets volontiers serpigineux et parfois entourés d'un halo rouge, de fond pseudo-membraneux, ce schéma général étant susceptible de nuances particulières à chaque cas et de variations extrêmes exceptionnelles.

Un point important doit être abordé dès maintenant puisque nous soumettons des observations au cours desquelles ont été vues simultanément des ulcérations de type gastritique et des ulcérations de type maladie de CRUVEILHIER; dans cette éventualité, les ulcérations gastritiques ont-elles un aspect particulier, et le type de ces ulcérations peut-il être défini ?

Deux cas doivent être distingués, ou les ulcérations gastriques sont simultanées mais parfaitement distinctes, ou bien des éléments intermédiaires existent entre les deux types d'ulcérations. Dans le premier cas, on peut encore distinguer deux éventualités, l'ulcère peut être accompagné d'une ou d'un très petit nombre d'ulcérations superficielles d'aspect gastritique ou d'une gastrite ulcéreuse développée comportant de nombreuses ulcérations. Dans la première conjoncture, dont nous avons retrouvé 11 observations, il s'agit souvent d'ulcérations gastritiques de quelques millimètres de diamètre au plus, parfois entourées d'un halo rouge, et de fond blanchâtre pseudo-membraneux. Elles siègent soit au voisinage, soit à distance de l'ulcère. Dans la seconde, dont 10 observations ont été notées, qui est celle d'une gastrite ulcéreuse à ulcérations multiples coexistant avec un ulcère, il a été observé surtout des gastrites mamelonnées érosives comportant de très nombreuses petites érosions très superficielles de forme variable souvent étoilée, l'une d'elles donnait un aspect mité à la muqueuse. Ces gastrites se rapprochent de celles du premier groupe d'observations de gastrites mamelonnées et érosives. Il semble que les gastrites ulcéreuses

.../.

très caractérisées telles que la gastrite aphtoïde typique ou la gastrite pseudo-polypoïde ombiliquée coexistant avec un ulcère et en restant bien distinctes soient plus rares. Une telle conjoncture est néanmoins possible : SENEQUE, FABRE et LE CANUET ont en effet rapporté une observation de gastrite pseudo-polypoïde ombiliquée associée à un ulcère et toujours distincte de lui.

Le second cas, beaucoup plus important, reste à envisager, où existent des ulcérations d'aspect intermédiaire entre l'ulcération gastritique et l'ulcère. L'aspect de ces ulcérations peut être imaginé par l'existence même de leurs formes intermédiaires avec l'ulcère. Elles sont parfois petites de 2 mm de diamètre, prenant un aspect cratériforme comme dans l'observation 203. Ailleurs elles sont très variables de dimensions allant de 2 mm à 1cm, les grandes étant alors de formes variées arrondies, ovalaires, fissuraires, étoilées avec toujours un fond blanc mat pseudo-membraneux (obs. 210) Celles qui se rapprochent de l'ulcère vrai peuvent avoir des bords ourlés. Autour de certaines s'amorce une convergence des plis (obs. 202).

Mais, bien qu'on soit conduit à distinguer du point de vue endoscopique d'une part des gastrites ulcéreuses associées à des ulcères en demeurant bien distinctes et d'autre part des formes avec passage d'un type de lésion à l'autre, il est impossible de reconnaître des attributs endoscopiques propres aux ulcérations observées dans le second cas, les gastrites ulcéreuses avec éléments intermédiaires entre l'ulcération gastritique et l'ulcère comportant également des ulcérations aussi superficielles et de même aspect que celles des autres gastrites ulcéreuses. Il semble aussi que les gastrites aphtoïdes et les gastrites ombiliquées soient susceptibles, lorsqu'elles sont associées à un ulcère, de comporter des éléments paraissant intermédiaires avec ce dernier (obs. 208 et 212) . Entre les gastrites ulcéreuses associées à un ulcère sans lésions intermédiaires, et celles en comportant, c'est seulement la présence ou non de ces lésions qui peut laisser présumer de deux ordres de phénomènes différents; si une telle distinction est justifiée, elle paraît donc d'ordre etio-pathogénique sans avoir d'expression anatomique et partant endoscopique propre.

Toutefois, il semble déjà se dégager que parmi les ulcérations gastritiques les plus variées observées conjointement à des ulcérations du type ulcère de CRUVEILHIER, les plus proches dans leur aspect des dernières sont

.../.

du type de l'ulcération plate de petite ou de moyenne taille ne dépassant pas un centimètre. Il semble donc, en définitive, s'ébaucher d'une façon assez homogène une correspondance entre l'ulcération plate sur le plan endoscopique et l'ulcération plate de KONJETZNY c'est-à-dire l'ulcération douée d'un potentiel évolutif en profondeur. Il est vrai que MOUTIER prêtait à l'ulcération du type évolutif histologique décrit par KONJETZNY une allure macroscopique volontiers aphtoïde. Cette dernière impression n'est confirmée de l'aveu même de MOUTIER par aucune observation formelle, et MOUTIER lui-même est amené constamment, ce qui nous semble une coïncidence révélatrice, à rapprocher les termes d'ulcération plate et d'ulcération de KONJETZNY, les constatations endoscopiques tendraient donc en définitive à rendre plus concret ce rapprochement. De ce point de vue il est indiqué de distinguer avec MOUTIER et CORNET des ulcérations plates communes, les grandes ulcérations plates, qui ne paraissent pas avoir la même signification, qu'elles soient uniques ou multiples.

Il reste à étudier trois types d'ulcérations qui sont souvent exclues du cadre des gastrites ulcéreuses mais que nous aborderons succintement en raison de la définition très large des gastrites ulcéreuses qui s'est imposée au seuil de cette étude :

En premier lieu, <u>les ulcérations nécrotiques</u>. Elles sont très rares suivant l'opinion concordante des différents auteurs qui n'en reconnaissent pas moins l'existence indiscutable. Elles sont remarquables par leur couleur verdâtre, leur bord marqué d'un léger bourrelet, de façon générale leur aspect d'escarre très caractéristique. (obs. 232).

En second lieu, les gastrites isolées sous l'appellation de <u>gastrites figurées</u> par MOUTIER et CORNET qui distinguent en effet une gastrite boutonneuse et une gastrite furonculeuse. Aucun de ces deux aspects n'a été décrit de façon nette dans les rapports d'examen gastroscopiques passés en revue. La gastrite boutonneuse de MOUTIER a été bien individualisée par cet auteur, en vertu de l'aspect acnéiforme des éléments qui la composent sur le caractère fugitif desquels il a insisté. Cette gastrite n'a pas été observée par les auteurs étrangers, ceci, comme leur absence parmi les observations recueillies ici, peut être imputé à la labilité de cette pathologie à laquelle il a déjà été fait allusion. Le qualificatif de "furonculeux" a été rencontré une seule fois à propos d'un élément (obs. 229) la parenté de ce cas avec la gastrite ombiliquée semble très proche.

.../.

Enfin, en troisième lieu, les gastrites ulcéreuses hémorragiques doivent être abordées. L'existence d'hémorragies digestives causées par des ulcérations gastritiques est un des points, en pratique, les plus importants touchant ces ulcérations, le second étant la possibilité de perforation qui est au centre même de notre travail car intimement lié à celui des rapports avec l'ulcère proprement dit, mais l'étude des gastrites ulcéreuses hémorragiques est trop importante pour être incluse dans une revue d'ensemble des problèmes propres aux gastrites ulcéreuses et appartient autant au problème de l'étiologie des hémorragies digestives. Schématiquement, les hémorragies digestives importantes d'origine gastrique sont beaucoup plus le fait d'ulcérations isolées du type exulceratio simplex de DIEULAFOY que celui des gastrites ulcéreuses proprement dites. Or, ces ulcérations hémorragiques isolées sont peu explorées gastroscopiquement étant donné les dangers et les difficultés de cette exploration en période hémorragique, bien qu'elle ait été pratiquée et proposée par certains auteurs; aussi, n'en avons nous pas relevé d'exemple en feuilletant les rapports de gastroscopies habituelles. Toutefois, il faut noter la fréquence avec laquelle ont été observées au décours d'hémorragies digestives des ulcérations gastritiques uniques souvent haut situées parfois considérées comme aphtoïdes (5 obs.) ailleurs non caractérisées. Une tendance hémorragique des gastrites ulcéreuses sans expression clinique majeure mais néanmoins visible à la gastroscopie a été mentionnée dans 6 observations. Il s'agit d'érosions punctiformes surtout, BELLIN insistait déjà sur ce fait sur lequel MOUTIER et CORNET et d'autre part WALK sont revenus récemment. Parfois, un aspect d'éruption purpurique a été observé.

Au terme de cette revue d'ensemble des aspects endoscopiques des ulcérations gastriques, on peut conclure que nous avons rencontré, en dépouillant les observations qui nous étaient offertes, tous les types classiques, bien individualisés, reconnus par les auteurs de langues différentes, à savoir des érosions fissuraires, étoilées ou punctiformes que nous classons ensemble avec BELLIN, d'autre part, des ulcérations aphtoïdes, des ulcérations ombiliquées varioliformes, toutes deux très particulières, enfin des ulcérations plates, plus ou moins superficielles, plus ou moins vastes, susceptibles de différentes nuances. Mais cette revue ne nous a pas permis, à travers les

.../.

rapports des endoscopies, de reconnaître comme particulièrement importante ou significative telle des nombreuses nuances, appartenant à une de ces diverses catégories, éventuellement décrite par tel ou tel auteur. Assurément, le caractère indirect et exégétique de ce travail risque de lui ôter beaucoup de la finesse qui serait ici particulièrement souhaitable mais en revanche il en résulte une plus grande objectivité.

Suivant l'exemple de BELLIN, après une revue analytique des ulcérations gastriques quelques considérations d'ensemble peuvent être faites avec profit sur les aspects gastroscopiques de l'estomac atteint de gastrite ulcéreuse.

Tout d'abord la topographie générale des lésions. Il est certain que la divergence opposant les anatomo-pathologistes décrivant une prédominance antrale aux endoscopistes constatant une prédominance fundique, divergence à laquelle WALK récemment encore faisait allusion, s'efface avec l'individualisation de gastrites affectant parfois l'antre, telle la gastrite pseudo-polypoïde ombiliquée, et celles plus nombreuses, de siège fundique dominant sinon exclusif Parmi les dernières, les différentes gastrites mamelonnées et érosives, certaines gastrites à ulcérations plates doivent être mentionnées. Dans la plupart de ces formes topographiques, il y a, nous l'avons dit, une prédominance pour la face postérieure plus particulièrement dans sa partie basse; or, nous remarquons que cette même prédominance se retrouve pour les phénomènes associés aux ulcérations, aspect mamelonné,rougeur de la muqueuse en particulier et pour ces mêmes phénomènes seuls lorsqu'il n'y a pas de gastrite ulcéreuse; enfin, lorsqu'on observe un passage des ulcérations gastriques à l'ulcère, c'est volontiers dans cette même région que le passage est observé. (obs. 200 - 203 209 - 210). Cette topographie assez nettement dominante des ulcérations gastritiques creusantes, différant de la topographie dominante de l'ulcère de CRUVEILHIER dans sa forme habituelle retient l'attention. Dans beaucoup de cas, il est fréquant que la région sous cardiale soit indemne.

Différente de la topographie des gastrites ulcéreuses étendues, celle des ulcérations gastritiques isolées ou peu nombreuses, que nous avons isolées en un groupe à part, laisse supposer que ces différentes affections, en ayant une expression anatomique élémentaire commune, ont peut-être une signification différente ; si les faces fundiques peuvent être le siège de telles ulcérations,

.../.

elles se voient en effet plus souvent sur le sphincter antral, dans la région angulaire, sur la petite courbure et de façon non exceptionnelle dans la région sous cardiale (obs. 149 à 157).

Quant au problème des associations entre les différentes ulcérations décrites entre elles et de leur association avec les autres affections gastriques, l'impression qui se dégage des observations étudiées est un peu différente des avis que nous avons trouvés exprimés.

Le polymorphisme, sur lequel on a beaucoup insisté, des ulcérations gastritiques dans un même estomac, ne paraît être un phénomène général, de nombreuses observations décrivent un seul type d'ulcération, ulcérations fissuraires, étoilées, aphtoïdes, varioliformes, plates. Dans d'autres, nous trouvons des ulcérations variées mais de type très voisins fissuraires et étoilées par exemple, mais nous n'avons pas trouvé mention de mélanges hétéroclites comme par exemple, celui d'ulcérations varioliformes avec des ulcérations plates. Les gastrites aphtoïdes et varioliformes surtout sont constamment très pures.

Les associations morbides avec d'autres affections gastriques paraissent se ranger aussi suivant un certain ordre, nous avons déjà vu les modalités de la plus importante des associations qui est la simultanéité d'ulcère de CRUVEILHIER et d'ulcérations gastritiques, nous avons noté aussi les types d'ulcérations observées avec prédilection au cours des gastrites mamelonnées importantes, étant entendu que la fréquence des gastrites mamelonnées fait que ces associations n'ont rien d'exclusif et que des gastrites mamelonnées, ou des gastrites hypertrophiques sont observées parfois aussi conjointement aux ulcérations aphtoïdes. En revanche, la présence d'ulcérations sur une gastrite atrophique est rare bien que possible, si cette dernière existe, c'est plutôt sur une autre partie de l'estomac.

Enfin, nous n'aborderons que très rapidement ici les éventuelles particularités des aspects endoscopiques d'ulcérations gastritiques sur hernie hiatale et sur estomac opéré qui feront l'objet d'une étude particulière; au demeurant, ces ulcérations diffèrent peu de celles qui ont été vues. Les érosions sur hernies sont en général très superficielles et peu marquées, difficilement visibles, sans profondeur, stellaires ou punctiformes, blanches. Les ulcérations gastritiques sur estomac opéré ont peu de particularités en elles-mêmes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen des aspects gastroscopiques est à la fois le guide de tout ce travail et lui-même plus particulièrement l'étude de l'anatomie pathologique macroscopique in vivo, il est donc indiqué de le faire suivre immédiatement d'une étude des faits histologiques, sans s'attarder sur l'aspect macroscopique de quelques pièces opératoires de gastrites ulcéreuses qui d'ailleurs confirmèrent exactement les descriptions faites à l'aide du gastroscope.

D'importantes difficultés apparaissent dès l'abord de l'histologie des gastrites ulcéreuses. celles-ci font rarement l'objet d'interventions chirurgicales, il y a donc peu de pièces opératoires où les différentes ulcérations ont pu être étudiées au microscope dans leur ensemble. On se rappellera que les travaux de KONJETZNY et ceux plus proches de THOMPSON, s'ils rejoignent bien le problème des gastrites ulcéreuses, ont suivi l'orientation inverse, à savoir qu'il s'agit de l'étude de pièces de résection pour ulcère. L'observation d'une malade porteuse de gastrite ulcéreuse examinée en gastroscopie deux fois par le Pr. DEBRAY lui-même, la seconde fois comportant des ulcérations très profondes exigeant une gastrectomie dont la pièce a fait l'objet d'une étude complète par le Pr. LAUMONIER, constitue donc un document exceptionnel. (obs. 210).

En dehors de cette observation et de quelques autres peu nombreuses s'en rapprochant, le matériel d'étude anatomo-pathologique sera fourni exclusivement par les différents modes de biopsie. Même sous contrôle gastroscopique, le prélèvement électif d'un point précis telle qu'une petite ulcération demeure aléatoire, de plus il n'intéresse que la partie superficielle de la paroi, de ce fait la biopsie muqueuse est insuffisante pour le diagnostic et l'étude des gastrites ulcéreuses : elle donnera le témoignage précieux de l'atteinte générale de la muqueuse, de même qu'elle donne une idée de l'intensité de celle-ci, mais elle ne renseigne que de façon parcellaire et variable sur l'existence, la profondeur, l'évolutivité des ulcérations et les caractères qualitatifs qui leur seraient éventuellement propres. Monsieur le Pr. LAUMONIER insiste en outre sur la constitution possible d'artefacts dûs au contact de la sonde et à la succion achevant de rendre l'interprétation incertaine.

Nous ne pourrons donc, en ce qui concerne la structure histologique même des différentes ulcérations gastritiques que confronter quelques exémens de pièces opératoires privilégiés avec ce qui a été établi par les différents auteurs en particulier MOUTIER.

.../.

On distinguera les érosions et les ulcérations proprement dites en entendant par érosion une destruction de l'épithélium à laquelle peut s'associer une altération plus ou moins importante de la couche glandulaire n'allant pas jusqu'à l'atteinte de la musculaire muqueuse, et par ulcération, une destruction glandulaire s'accompagnant d'une altération de la musculaire muqueuse pouvant aller jusqu'à/sa destruction, intéressant dans ce dernier cas la sous muqueuse avec éventuellement une atteinte limitée de la musculeuse. Le terme d' "abrasion" est réservé aux érosions les plus superficielles n'intéressant que l'épithélium, et celui d' "exulcération" a servi suivant les auteurs à désigner les érosions un peu plus marquées ou bien les ulcérations légères, nous ne retiendrons pour simplifier que les termes d'érosion et d'ulcération. Certains auteurs englobent sous le terme d'ulcère toutes les atteintes dépassant la musculaire muqueuse mais ceci ne respecte pas les critères topographiques de l'ulcère de CRUVEILHIER à leur optimum et ne permet pas une gradation aussi progressive des lésions.

Nous envisagerons donc les faits histologiques des érosions et des ulcérations ainsi définies, ensuite les problèmes relatifs au passage de l'ulcération à l'ulcère, puis, replaçant ces différentes lésions dans l'ensemble de la paroi gastrique, nous envisagerons les différentes altérations susceptibles de les accompagner, c'est ici que les données apportées par les biopsies prendront tout leur intérêt.

Enfin, nous nous efforcerons de compléter cette étude analytique par la recherche, à la lumière de travaux récents (Pr. LAUMONIER) de l'expression anatomo-pathologique de différents processus étio-pathogéniques envisagés sur le plan strictement local et lésionnel, tout en réservant, pour les reprendre au moment de leur étude particulière, les cas de l'exulceratio simplex et des ulcérations gastritiques des cirrhotiques, bien qu'elles soient privilégiées à ce point de vue.

-:-:-:-:-:-:-

L'érosion est elle-même précédée d'un stade pré-érosif marqué par une congestion et une infiltration des villosités accompagnées d'un accroissement de la fenestration de l'épithélium. Cette fenestration de l'épithélium résulte de sa pénétration par des polynucléaires, des lymphocytes et même

.../.

des histiocytes; ce phénomène, étudié en particulier par HAYEM, KONJETZNY et LION n'est pathologique que l'orsqu'il atteint une certaine intensité. Puis on observe en un point critique, digitation ou creux d'une petite fourche, un abaissement de la surface du tissu palissadique. A cet endroit des altérations des cellules sont observées, les noyaux picnotiques se rencontrent à des hauteurs différentes rompant l'ordonnance palissadique normale, et les limites des cellules deviennent difficiles à percevoir.

Au stade bien individualisé de l'érosion, l'épithélium saute à la façon d'un couvercle ou mieux encore d'un bouchon suivant la comparaison de KONJETZNY, sous la poussée de l'infiltrat sous-jacent ou sous l'effet d'une nécrose parcellaire. On voit alors d'une façon très caractéristique se dégager à la manière d'une fumée, du mésenchyme mis à nu, un exsudat leuco-fibrineux riche en polynucléaires, en lymphocytes et en fragments épithéliaux altérés.

Cette érosion constituée peut évoluer soit vers la cicatrisation, soit vers l'extension en profondeur. Ainsi se constitue l'érosion punctiforme de Brinton qui s'élargit par effondrement des lèvres d'un cratère irrégulier. Le processus intéresse alors non seulement l'épithélium de surface mais les glandes elles-mêmes. L'infundibulum des tubes excréteurs est atteint en premier, l'épithélium du goulot se détache de la même manière que l'épithélium de la digitation villeuse et la glande elle-même est prise se remplissant d'exsudats et de dépôts leuco-fibrineux. Au voisinage, les follicules clos sont seulement hyperplasiés mais non abcédés, l'oxydase réduction y faisant défaut (MOUTIER).

A côté de cette érosion à point de départ superficiel, il y a place pour un type histologique d'érosion beaucoup plus rare signalé par KONJETZNY et PUHL, rencontré exceptionnellement par MOUTIER, consistant en une sorte de micro-abcédation intra-glandulaire primitive.

Deux types d'érosions punctiformes doivent encore être distinguées : les érosions hémorragiques et les érosions nécrotiques.

Les érosions hémorragiques des anatomo-pathologistes paraissent bien correspondre aux érosions punctiformes hémorragiques observées en gastroscopie dont quelques observations sont recueillies ici (obs. 232 et suivantes). Elles ont été étudiées par LETULLE et KONJETZNY. Ce sont des érosions en entonnoir,

.../.

assez profondes, pouvant descendre jusqu'à la musculaire muqueuse, et dont le fond est formé par un petit caillot sanguin. Le fond de ces érosions peut aussi présenter un vaisseau béant, fait décrit par ROUSSY, LEROUX, OBERLIN et EINHORN, bien qu'elles n'atteignent pas le développement en profondeur de l'exulcératio simplex de DIEULAFOY. Serait-il possible de voir en ce phénomène un rapport avec la constatation endoscopique d'ulcérations en apparence très anodines uniques ou peu nombreuses très superficielles parfois d'aspect aphtoïde au décours d'hémorragies digestives ?

Les érosions nécrotiques, décrites également par LETULLE, sont formées d'escarres papyracées limitées par un sillon, le tissu nécrosé étant bordé d'une zône de dégénérescence hyaline. Ce type d'érosion était nié par KONJETZNY. MOUTIER les admet y reconnaissant l'expression histologique de certaines de ses constatations endoscopiques " même chez les malades souffrant de gastrites en apparence banales". (L'observation n° 231 parait être un cas de ce genre). Ceci nous parait révélateur de l'esprit du travail de MOUTIER qui s'efforçait constamment d'éclairer des descriptions anatomo-pathologiques qui tendent parfois à devenir un peu abstraites, par ce qu'il observait en pratique sur le vivant à la gastroscopie. Mr. le Pr. DEBRAY nous confiant l'observation n° 210 travaille dans le même esprit puisqu'il y juxtapose des notions endoscopiques et anatomo-pathologiques, et comme nous le verrons, cette observation prolonge et complète celles de MOUTIER.

Les diverses érosions fissuraires et les érosions étoilées qui sont au total les plus fréquentes peuvent être rangées avec les érosions punctiformes; leur aspect histologique, en particulier la disposition de leurs bords, de même que leur tendance évolutive étant plus proches de celles des érosions punctiformes que des érosions étalées. On a vu que sur le plan gastroscopique les gastrites faites d'érosions fissuraires et étoilées étaient voisines également de celles constituées d'érosions punctiformes et que ces différentes lésions se trouvent souvent mélangées. BELLIN, déjà, du même point de vue gastroscopique, rassemblait ces différents types d'érosion. Elles ont en commun, outre leur caractère superficiel, leur multiplicité, leur association particulièrement fréquente à un état mamelonné, leur aspect facilement hémorragique à l'endoscopie, une disposition topographique fundique et surtout semble-t-il, leur faible potentiel évolutif en profondeur.

.../.

Les érosions étalées sont en revanche assez différentes et furent opposées par BRINTON aux érosions punctiformes, elles paraissent avoir été considérées à une époque comme le premier stade d'ulcérations plus profondes dont le schéma se trouve concrétisé dans l'ulcération de KONJETZNY telle que la décrit MOUTIER. L'érosion étalée est de nouveau bien isolée et décrite par MOUTIER et CORNET de façon plus récente. Ces auteurs précisent à son propos "qu'il est difficile de dire si elle s'établit d'emblée avec l'aspect que saisit l'endoscope ou si dérivant de pertes de substances minimes, elle s'élargit par nécrobiose". Ainsi sa filiation possible avec l'érosion punctiforme demeure en suspens. Les constatations gastroscopiques tendent néanmoins à laisser penser qu'il s'agit de deux types de lésions d'essences assez différentes. En effet, en gastroscopie, les gastrites érosives fissuraires, étoilées ou punctiformes, pures ou mélangées entre elles, sont le plus souvent exemptes d'érosions associées d'une superficie plus vaste. E, revanche, les gastrites comportant des ulcérations plates plus ou moins profondes comportent des érosions étalées qui en sont le premier terme. Ceci tendrait donc à confirmer le classement anciennement adopté par MOUTIER au 1er. Congrès International de Gastro-Entérologie où l'érosion étalée qui n'est pas mentionnée se trouve assimilée au stade initial muqueux de l'ulcération plate. Il serait important d'établir si une différence de structure histologique autre que celle résultant de la différence morphologique peut être établie entre les érosions punctiformes et les érosions étalées. On remarque que MOUTIER signale dans le cas de l'érosion susceptible d'évoluer en profondeur une infiltration de la musculaire muqueuse par des polynucléaires dont témoigne la réaction à l'oxydase, alors que celle-ci fait défaut dans les érosions punctiformes. Il semble qu' une telle infiltration soit un phénomène trop banal susceptible même d'être observé sans érosion sus-jacente pour qu'il puisse constituer un élément de différenciation solide entre les deux types de lésions.

Il y a peu de variétés parmi les ulcérations proprement dites, ce sont les différentes ulcérations plates, parmi lesquelles nous mentionnerons dès maintenant pour ne plus y revenir, les grandes ulcérations plates décrites par KONJETZNY, serpigineuses, d'évolution chronique mais peu creusantes qui sont assez rares. Les petites et moyennes ulcérations plates sont beaucoup plus importantes, elles sont histologiquement définies avant tout par les caractères topographiques en profondeur de la perte de substance que nous

.../.

avons formulés au début de cette étude "la muqueuse est profondément atteinte et la lésion arrive au contact de la muscularis mucosae, entre le fond de la lésion et la muscularis mucosae peut subsister une couche glandulaire plus ou moins aplatie, plus ou moins altérée" (MOUTIER et CORNET). Les infiltrations l'existence des lésions interstitielles ou glandulaires sont plus importantes que l'étendue même de cette perte de substance. Dans certains cas, la muscularis mucosae est non seulement dépouillée et altérée mais détruite. La destruction de la muscularis mucosae se fait alors par élimination de parcelles qui paraissent"détachées comme par un coup de bêche" (MOUTIER). Ces destructions s'accompagnent de réactions hystiocitaires et lympho-plasmocytaires à l'entour et de dégérescence hyaline du tissu conjonctif. Des phénomènes inflammatoires s'observent au niveau de la musculeuse.

Dans les cas extrêmes, se produit une destruction de la musculeuse mais sur place et sans décalage, et sans redressement des faisceaux musculaires vers la muscularis mucosae. Ainsi se trouve constitué un ulcère aigu.

On peut considérer de telles lésions, réalisant une gamme continue allant d'une destruction limitée de la couche glandulaire seule jusqu'à une atteinte importante de la musculeuse, comme répondant aux différents états de l'ulcération décrite par KONJETZNY sans pour autant souscrire à toutes les conclusions de cet auteur; c'est ce que MOUTIER a bien mis en lumière au Congrès de 1935. Une telle ulcération correspond en gastroscopie aux ulcérations aphtoïdes et surtout aux petites et moyennes ulcérations plates d'aspect plus ou moins profond. La question extrêmement délicate se pose alors dans l'éventualité que MOUTIER et CORNET reconnaissent comme exceptionnelle où une telle ulcération atteint le point extrême de son développement en profondeur, de savoir comment elle doit être considérée par rapport à l'ulcère.

-:-:-:-:-:-:-

Si l'ulcère de CRUVEILHIER est défini strictement en fonction de critères topographiques en profondeur qui se résument en une rupture totale de la musculeuse, le passage de l'ulcération gastritique à l'ulcère de CRUVEILHIER qui découle de ce qui vient d'être dit doit être reconnu comme possible. Il faut considérer ici qu'il n'y a aucune raison pour qu'une ulcération gastritique

.../.

entamant plus ou moins la musculeuse ne puisse aboutir à sa destruction totale dans certains cas, d'autre part que la rupture absolument totale de la musculeuse n'est pas un critère anatomo-pathologique de l'ulcère exigé par tous les auteurs.Si on reconnait à l'ulcère de CRUVEILHIER en plus de ces critères topographiques plus ou moins rigoureux, d'autres critères histologiques, pour s'en tenir sur ce plan, en particulier ceux qui sont l'expression histologique de sa chronicité, sans préjudice de ses attributs cliniques et évolutifs correspondants, le problème revêt des aspects tous différents et le passage d'un type de lésion à l'autre précédemment admis est alors remis en question. Néanmoins il faut souligner qu'une grande partie du problème dans la seconde attitude est d'ordre dogmatique et nosologique alors que le fait pratique important se trouve inclus dans la première proposition, à laquelle aboutissait le précédent paragraphe, elle mérite de s'y attarder.

MOUTIER, on l'a vu, admettait conformément à la logique dès le 1er. Congrès international de Gastro-Entérologie que certaines ulcérations gastriques pouvaient non seulement entamer la musculeuse mais aboutir à sa destruction sans se prononcer sur la fréquence d'une telle évolution anatomique. Cet auteur plus récemment, avec CORNET dans le traité des gastrites ne rejette pas explicitement cette éventualité mais ne la confirme pas non plus; aucune mention n'est faite en particulier de l'observation en gastroscopie de phénomènes paraissant correspondre à de telles modifications histologiques. C'est dire toute l'importance des observations gastroscopiques du Pr. DEBRAY qui sont rapportées ici où sont décrites des ulcérations plus ou moins profondes dont certaines ont l'aspect d'ulcères vrais. Des formes de passage entre l'ulcération plate et la perte de substance profonde dont MOUTIER soulignait la rareté sont mentionnées plusieurs fois (Obs. 203 - 204 à 209) Des apsects d'ulcère franc au milieu d'ulcérations plus ou moins profondes sont également signalées (Obs. 200 - 201 - 202)

Nous insisterons tout particulièrement sur l'observation 210. Au cours d'une première gastroscopie le 17 Mars 1954 sur une de ses malades personnelles, le Pr. DEBRAY observait une gastrite ulcéreuse très intense comportant des ulcérations polymorphes plus ou moins profondes dont certaines avaient l'aspect d'ulcérations plates munies de bords en pente douce. Parmi elles, deux situées sur la face postérieure, paraissaient intermédiaires entre l'ulcération gastritique et l'ulcère. Une biopsie muqueuse lue par le Pr. LAUMONIER,

.../.

prélevée au cours de cet examen, montre une érosion approchant de la muscularis mucosae. Une seconde gastroscopie est faite deux mois plus tard, une ulcération considérable s'est développée sur la face postérieure dans la région où les précédentes avaient été observées. D'autres demeurent plus ou moins profondes, Une gastrectomie est faite. Tous les intermédiaires entre l'ulcération superficielle et l'ulcère décrit sont retrouvés à l'examen de la pièce. L'histologie, nous y reviendrons, confirme ces données.

La revue de ces différentes observations, une douzaine en tout, constitue un ensemble homogène et probant. Le Pr. DEBRAY apporte les documents qui manquaient à MOUTIER pour appliquer dans le cas du passage de l'ulcération gastritique à l'ulcère, ce dernier étant toujours envisagé, selon les critères, exclusivement topographiques, sa méthode consistant à éclairer les données histologiques par celles plus souples de l'endoscopie. C'est donc ici un complément aux travaux de MOUTIER qui s'inscrivent, ainsi qu'on l'a souligné, dans la ligne que cet auteur avait tracée.

Le point fondamental du passage d'ulcérations gastriques à une lésion térébrante intéressant toute la paroi gastrique avec ses incidences pratiques, en particulier la possibilité de perforation, étant donc illustrée par de nouvelles constatations endoscopiques et définitivement acquise, cette lésion térébrante doit-elle être considérée comme ulcère de CRUVEILHIER, en envisageant ce dernier dans toutes ses nuances histologiques ?

MOUTIER tendait déjà à dissocier les deux ordres de faits au 1er. Congrès International de Gastro-Entérologie puisqu'il était amené à considérer deux types d'ulcères de CRUVEILHIER séparés par des nuances diverses, de nature histologique en particulier, en admettant leur identité clinique. Plus récemment, le même auteur avec CORNET dans le traité des gastrites a été plus loin dans ce même sens et distingue de façon totale le terme ultime de l'ulcération gastritique et l'ulcère de CRUVEILHIER dans sa forme habituelle à laquelle l'appellation est ici réservée, considérant avec HAUSER et IVAN BERTRAND que les aspects histologiques en sont différents.

Les nuances qui séparent l'ulcère résultant du développement en profondeur d'une ulcération superficielle et l'ulcère de CRUVEILHIER dans sa forme habituelle concernent surtout l'aspect de la musculeuse. Celle-ci est

.../.

détruite au niveau même de l'ulcération sans qu'il y ait de décalage par rapport à la lésion muqueuse, ainsi qu'il est fréquent dans l'ulcère de CRUVEILHIER, surtout, il n'y a pas de redressement des faisceaux musculaires, et elle est le plus souvent attaquée obliquement, d'autre part la réaction scléreuse sous péritonéale est nulle ou peu marquée. Inversement, l'ulcère de CRUVEILHIER est marqué par le redressement de la musculeuse vers la surface les bords de la section dessinant un entonnoir tourné vers le bas, les extrémités sectionnées de la musculeuse se réunissent avec celles de la muscularis mucosae. La réaction scléreuse sous-péritoneale est considérable. Enfin, il existe des lésions vasculaires, artérite oblitérante, et nerveuses, névrite hypertrophique, associées.

Néanmoins, il est difficile d'attacher à ces nuances une valeur absolue, tous les auteurs ne sont pas unanimes dans les détails des critères histologiques de l'ulcère de CRUVEILHIER. J. DUHAMEL, OECONOMOS et CORNET à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1955 citent ainsi les critères définis par NEWCOMB au nombre de trois :

1°- Rupture de la musculeuse de préférence totale avec relèvement de ses moignons vers les berges de l'ulcération où ses fibres peuvent se confondre avec celles de la muscularis mucosae.

2°- Bloc fibreux cicatriciel occupant le fond de l'ulcération.

3°- Accessoirement artérite oblitérante et névrite hypertrophique.

On voit qu'ici les exigences ne sont pas rigoureuses en ce qui concerne l'aspect de la musculeuse et que les modifications vasculo-nerveuses sont considérées comme accessoires.

Plus récemment, le Pr. LAUMONIER adopte explicitement l'attitude qui découle des propositions de NEWCOMB en les rendant plus concrètes lorsqu'il classe parmi les ulcères vrais toute perte de substance gastrique dont le fond est une sclérose mutilante de la musculeuse. En effet, ceci n'implique pas nécessairement la rupture totale de la musculeuse et néglige les lésions vasculo-nerveuses associées. Il précise en outre que la présence de la sclérose de la musculeuse est le critère différentiel déterminant, qu'elle soit jeune et granulomateuse ou ancienne et collagène.

Il reste que ces critères anatomo-pathologiques de l'ulcère se révèlent de deux ordres : les uns sont d'ordre topographique, les autres - réactions scléreuses intenses, modifications vasculo-nerveuses - paraissent

.../.

appartenir à l'expression du caractère chronique et ce processus inflammatoire dans sa forme habituelle. La question se pose alors de savoir si ces derniers critères appartenant à l'expression de la chronicité du processus lésionnel pourraient être observés sur une ulcération gastritique profonde entamant très largement la musculeuse ou la rompant totalement et réalisant alors l'aspect histologique de l'ulcère de CRUVEILHIER ?

L'observation n° 210 semble bien apporter l'illustration d'une telle éventualité. Il a été en effet noté par le Pr. LAUMONIER à l'examen d'une coupe concernant une ulcération profonde que "la sclérose sous ulcéreuse est abondante, organisée (collagène) et mutilante, comme dans un ulcère chronique" Toutefois, il est précisé que cette sclérose "n'efface pas complètement l'ar-"chitecture musculaire puisque des faisceaux atrophiques forment une armature "continue à ce niveau. Ils contiennent des filets et des ganglions nerveux "du plexus d'AUERBACH, très modifiés par les phénomènes névritiques et dégéné-"ratifs. Enfin, les vaisseaux ont une structure très variable, allant de "l'architecture normale à l'endartérite avec des aspects évoquants les segments "d'arrêt". Le Pr. LAUMONIER conclut de ceci que la lésion a les caractères d'un ulcère chronique de CRUVEILHIER.

La discussion de ces constatations anatomo-pathologiques peut porter sur deux points :

1°- Cette lésion résulte-t-elle bien du développement d'une ulcération gastritique superficielle ?

2°- S'agit-il bien d'un ulcère ?

A la première question, il peut être répondu que cette lésion a été observée dans la même région de l'estomac (face postérieure du corps dans sa partie moyenne et basse) où précisément, deux mois plus tôt deux ulcérations d'aspect intermédiaire entre l'ulcération gastritique et l'ulcère vrai avaient été notées par le Pr. DEBRAY en gastroscopie et que des ulcérations plus ou moins profondes de ce dernier type demeurent ailleurs visible sur l'estomac conjointement à l'ulcère ainsi constitué, tous les degrés étant représentés. D'autre part, le Pr. LAUMONIER remarque dans son compte-rendu d'examen "qu'il est notable que la périphérie de cet ulcère est tout à fait identique aux érosions retrouvées dans les autres prélèvements".

.../.

Assurément, la preuve irréfutable du passage d'une ulcération gastritique donnée superficielle ou moyennement profonde à une lésion de type franchement ulcéreux exigerait la pratique de gastroscopies à intervalles réguliers et rapprochés de quelques jours avec prise de gastrophotographies et rep érage anatomique précis, suivie d'une gestrectomie au moment opportun. De telles conditions sont pratiquement irréalisables en clinique, mais l'observation qui vient d'être citée s'en rapproche déjà de façon exceptionnelle et cerne au maximum le proclème. Si cette observation ne permet pas à elle seule une conclusion positive formelle, elle permet déjà une très grande présomption et rend l'attitude négative - dont la négativité même masque le caractère arbitraire - paradoxale.

De toute façon, si on ne peut pas prouver que c'est la même ulcération qui a été observée à deux mois d'intervalle, le contraire revient à admettre que dans la même région étroitement définie de l'estomac des ulcérations ayant des aspects voisins et la même nature inflammatoire ont évolué dans un espace de temps restreint de deux mois et peuvent être considérés à priori comme l'expression de la même et unique maladie. Ces lésions sont effectivement d'ailleurs en remaniement perpétuel et la constatation sur celle qui nous occupe d'une ébauche de réparation par épithélisation est tout à fait évocatrice de cette labilité. Il est loisible d'admettre au cours de ces deux mois l'involution des lésions remarquées lors de la première gastroscopie et le développement de celle notée lors de la seconde après être passée par le stade observé des précédentes, encore que rien ne permette de le penser à priori; en revanche, dissocier les lésions observées à ces deux mois d'intervalle et les rapporter à des processus différents est une attitude paradoxale qui ne se concevrait que justifiée par des arguments péremptoires.

Reste la question de savoir si cette lésion étudiée est bien un ulcère. Plus que la constatation pragmatique de la persistance de faisceaux atrophiques de musculeuse, la physionomie d'ensemble de la lésion qui a emporté d'emblée la conviction de l'anatomo-pathologiste parait avoir de la valeur. Parallèlement, la rupture totale de la musculeuse n'est pas un critère exigé par tous les auteurs ainsi qu'il a été dit. Enfin, cette lésion est saisie ici à un moment donné de son évolution, s'il n'est pas permis d'affirmer qu'elle était susceptible d'aboutir à une destruction complète de la couche musculaire, cette dernière éventualité ne peut être rejetée à priori non plus.

.../.

Il serait séduisant de suggérer que la persistance de faisceaux de la musculeuse témoigne de l'apparition des réactions histologiques traduisant la chronicité avant sa destruction complète et partant que celle-ci se faisait bien de la superficie vers la profondeur. On pourrait, dans cette hypothèse voir ici une marque histologique de la filiation de l'ulcère envisagé à une ulcération gastritique superficielle. Quoiqu'il en soit, la recherche peut être excessive de telles nuances ne laissent aucun doute sur le bien fondé de l'interprétation de l'anatomo-pathologiste basée sur l'aspect d'ensemble de la lésion; nous renvoyons donc pour ce point à sa description.

Un dernier point retient l'attention, la localisation de cet ulcère. MOUTIER a insisté sur les localisations électives de l'ulcère de CRUVEILHIER essentiellement la petite courbure et les régions immédiatement adjacentes y discernant la conjonction d'influences pathogéniques. Or, il semble que l'ulcération gastritique évoluant en profondeur n'affecte pas particulièrement cette topographie. Faut-il voir ici conjointement à l'existence même de la gastrite ulcéreuse diffuse associée une nuance séparant ces ulcérations de l'ulcère de CRUVEILHIER ? Ceci ne peut être que contingent étant donné que les localisations habituelles de l'ulcère isolé ne sont pas exclusives.

En conclusion, l'existence d'ulcérations gastritiques profondes confinant à l'ulcère, est acquise et la possibilité du passage de l'ulcération gastritique à une lésion revêtant les attributs anatomo-pathologiques de l'ulcère chronique de CRUVEILHIER ne doit pas être rejetée. On peut noter à ce propos que ceci rejoint l'orientation primitive donnée par CRUVEILHIER lui-même, confirmée par LETULLE et avait été admis par MOUTIER au congrès de 1935 la réticence ultérieure de cet auteur venant du fait que, son expérience grandissant, il ne lui avait été donné d'observer aucun exemple probant d'une telle évolution.

Nous tenant ici strictement sur le plan anatomo-pathologique en envisageant l'ulcération gastritique isolément, on peut néanmoins remarquer d'ores et déjà que son identité anatomo-pathologique avec l'ulcère dans certaines circonstances ne résoud pas complètement le problème des rapports entre les deux affections et n'implique pas nécessairement leur identité, leurs caractères anatomo-pathologiques communs ne comportant pas l'expression d'un processus étio-pathogénique spécifique.

-:-:-:-:-:-:-

Après avoir esquissé une revue analytique des différentes pertes de substances gastritiques, puis envisagé les rapports de l'ulcération gastritique et de l'ulcère, il est indiqué maintenant d'étudier les altérations diffuses de la muqueuse gastrique susceptibles d'accompagner l'ulcération gastritique proprement dite et ceci parachève l'exposé des données du problème des rapports entre l'ulcération gastritique et l'ulcère de CRUVEILHIER qui vient d'être tentée puisque cette étude, ainsi qu'il a été signalé, a des chances de faire ressortir une différence très générale entre ces deux types d'altérations de la paroi gastrique envisagée dans leur ensemble. Toutefois, la comparaison systématique entre un nombre suffisant de biopsies muqueuses pratiquées chez des malades porteurs d'ulcère de CRUVEILHIER typique et les résultats des biopsies muqueuses dont nous disposons prélevées chez les malades atteints de gastrite ulcéreuse ne peut être commentée ici dans le cadre d'un travail d'ensemble.

Mr. le Dr. MARTIN a bien voulu rassembler les coupes de biopsies muqueuses concernant les observations qui sont recueillies ici et les comparer entre elles. Trente cinq coupes de biopsies muqueuses prélevées chez les malades porteurs de gastrite ulcéreuse ont été revues ainsi. Le premier fait qui se dégage est la constance des altérations sur les fragments de muqueuse obtenus, ce qui traduit, étant donné l'orientation nulle ou très approximative des prélèvements, la constance d'altérations diffuses de la muqueuse au cours de ces gastrites.

Le second point est la fréquence de l'association d'une gastrite interstitielle à la gastrite épithéliale. Cette association a été retrouvée en effet dans 19 cas sur 35 prélèvements, soit : 54 % des cas. Il faut ajouter en fait les cas où la gastrite interstitielle seule a été observée à la biopsie car la constatation rigoureuse d'ulcérations endoscopiquement visibles apporte la certitude d'une altération épithéliale en d'autres endroits. On aboutit ainsi à plus de 68 % des cas. Cette association fait songer à une gastrite éthylique et l'aspect réalisé était en effet plus ou moins celui d'une gastrite éthylique dans la plupart des observations. A titre d'exemple à la lecture de deux fragments fundiques prelévés chez le malade de l'observation n° 24 le Dr. MARTIN a noté "érosions superficielles très probables en regard notamment "d'infiltrats hémorragiques en plage. Dissociation des tubes par une sclérose

.../.

"marquée avec endothélite. Aspect typique de gastrite éthylique, à la fois "interstitielle scléreuse et hémorragique". Il faut préciser qu'une grande proportion des biopsies, près de la moitié, concernent le premier groupe d'observations de gastrites mamelonnées et érosives dont nous verrons que l'étiologie générale est nettement en faveur de l'éthylisme celui-ci n'ayant été noté que lorsqu'il était patent. L'éthylisme est suggéré par le Dr. MARTIN de façon explicite à la lecture de 12 biopsies soit globalement dans un tiers des biopsies recueillies. Nous donnons encore deux exemples de ces biopsies :

Obs. 71 "Trois beaux fragments de muqueuse fundique, discrètes érosions su - "perficielles, très légère dissociation des tubes par de la sclérose et un "infiltrat inflammatoire modéré. Début d'atteinte épithéliale. En conclusion, "gastrite épithéliale légèrement érosive et interstitielle scléreuse, proche "de la gastrite éthylique". (Dr. MARTIN)

Obs. 44 "Fragment fundique, large desquamation du revêtement superficiel - "sclérose interglandulo-musculaire avec importante endothélite. Pas d'infil- "trat inflammatoire évolutif. Gastrite érosive et interstitielle scléreuse. "Ethylisme probable" (Dr.MARTIN)

Il en est de même pour cette biopsie qui concerne une observation appartenant au second groupe des gastrites en ventouse de poulpe.

Obs. 95 "Trois fragments fundiques nettement atrophiques avec importante scl- "rose interstitielle et infiltrat hémorragique important, large bande de des- "quamation et d'atrophie épithéliale superficielle en regard de cet infiltrat "hémorragique. Atteinte profonde des éléments bordants et principaux. Au total "très intense gastrite épithéliale et interstitielle hémorragique avec érosions "certaines. Ethylisme ?" (Dr. MARTIN).

Au cours d'une autre gastrite en ventouse de poulpe (Obs.96) seule une gastrite interstitielle est notée sous un revêtement normal, elle est faite d'un infiltrat inflammatoire plasmocytaire modéré. A propos de ces deux derniers cas de gastrites endoscopiquement très caractérisées on remarque qu'aucune particularité ne ressort à la lecture des biopsies muqueuses par rapport aux gastrites érosives plus banales. Il en est de même pour un cas de gastrite aphtoïde (Obs. 116) où a été noté : "muqueuse fundique, légère "réaction interstitielle, épithélium de surface à tendance atrophique et petites "érosions sans réaction inflammatoire. Gastrite interstitielle et érosive". (Dr. MARTIN) Nous notons donc ici et à propos de quelques autres biopsies

.../..

la tendance à l'atrophie. Les phénomènes hémorragiques sont notés aussi plusieurs fois. La métaplasie est rarement signalée conformément aux observations de MOUTIER qui ne voyait dans ce phénomène aucun rapport avec le processus ulcératif.

Au total on retiendra de la juxtaposition de ces biopsies muqueuses, la constance d'une atteinte importante et diffuse de la muqueuse sans caractères particuliers en fonction du type de gastrite ulcéreuse envisagé, mais avec un aspect assez univoque groupant une atteinte épithéliale inconstamment retrouvée et surtout une réaction interstitielle souvent à prédominance plasmocytaire, l'aspect d'ensemble faisant volontiers évoquer une gastrite éthylique.

-:-:-:-:-:-:-

Nous avons envisagé l'étude histologique des ulcérations gastritiques suivant la conception classique reconnaissant implicitement une pathogénie infectieuse sinon univoque, tout au moins dominante. Cette conception développée par MOUTIER dérive des théories de KONJETZNY où la gastrite ulcéreuse s'offrait ainsi comme étape intermédiaire dans une pathogénie infectieuse locale de l'ulcère vrai de l'estomac. L'évolution des idées sur ce dernier point en dehors de notre sujet n'ôte rien à la validité de la conception classique de la gastrite ulcéreuse inflammatoire et même, il faut le remarquer au passage, ne permet pas d'exclure l'éventualité de la filiation d'une ulcération gastritique à l'ulcère, d'autres influences pathogéniques pouvant interférer secondairement lors de la constitution de ce dernier. D'ailleurs, dans une publication consacrée précisément à l'anatomie pathologique des gastrites ulcéreuses le Pr. LAUMONIER reconnait explicitement un droit de cité à la gastrite ulcéreuse inflammatoire dont il distingue deux formes anatomo-cliniques les gastrites érosives et hémorragiques et les gastrites érosives non hémorragiques, avec précise-t-il, pour ces dernières " toutes les transitions entre l'érosion cupuliforme et l'exulcération plate plus large selon les descriptions de MOUTIER". Nous étions donc en droit pour mettre en lumière ces

.../.

transitions et préparer l'exposé des données du problème des rapports entre les ulcérations profondes et l'ulcère vrai sur le plan anatomo-pathologique d'envisager l'histologie des ulcérations gastritiques sous leur aspect inflammatoire pur classique.

Suivant cette conception, l'exulceratio simplex de DIEULAFOY se situe en dehors des gastrites ulcéreuses autant par ses caractères histologiques que par son expression clinique particulière et, suivant en ceci l'exemple de MOUTIER, nous l'avons laissé de côté. Toutefois, on remarque que l'existence d'un élément vasculaire dans la genèse des érosions gastritiques, en dehors du cas particulier de l'exulceratio simplex, n'a pas échappé aux auteurs classiques et les descriptions de LETULLE et de KONJETZNY lui-même concernant les érosions punctiformes hémorragiques ont déjà été évoquées, de même que les constatations de ROUSSY, LEROUX, OBERLIN et EINHORN touchant des cas semblables où un vaisseau béant fut observé au fond de l'érosion.

Actuellement, la tendance générale des travaux des anatomo-pathologistes est de faire une place de plus en plus considérable au facteur vasculaire dans la genèse des ulcérations gastritiques et de mettre l'accent sur l'expression histologique de ce facteur. Les travaux de Mr. le Pr. LAUMONIER sont l'illustration même de cette tendance qui a pour conséquence immédiate de rapprocher l'exulceratio simplex de DIEULAFOY des autres ulcérations gastritiques, leurs études par cet auteur juxtaposées dans une même publication est à cet égard significative, bien que cette juxtaposition ait été dictée par le contexte et les circonstances. POTET, de son côté, dans des travaux récents se réclamant d'ailleurs de LETULLE auquel nous venons de faire allusion, met l'accent aussi à propos des érosions gastritiques observées chez les cirrhotiques, du facteur vasculaire. Nous reprendrons, à part, pour plus de clarté les cas particulier de l'exculceratio simplex et des ulcérations gastriques chez les cirrhotiques, il était néanmoins nécessaire de les situer ici. D'ores et déjà, on peut y voir une justification supplémentaire d'avoir intégré dans cette thèse ce qui a trait à l'exulcératio simplex.

Ainsi le Pr. LAUMONIER fait une place à côté des ulcérations de gastrite inflammatoire aux ulcérations en rapport avec un obstacle vasculaire qu'il range même en premier. Parmi ces dernières, doivent être

.../.

distinguées, les ulcérations avec endartérite chronique très proches de l'exulcératio simplex de DIEULAFOY à ceci près qu'il s'agit d'une artère remaniée, les ulcérations avec thrombo-artérite, enfin les ulcérations avec thrombo-phlébite ces dernières survenant sur terrain infectieux, les deux premières ayant une expression hémorragique majeure analogue à celle de l'exulceratio simplex. Enfin, une place à part doit être faite aussi à l'ulcération aiguë avec décapitation artérielle mais plus profonde que l'exulcératio simplex.

Le point important qui se pose est de savoir si la mise en lumière plus attentive et plus complète de telles lésions d'ordre vasculaire parmi les ulcérations gastritiques éclaire d'un jour différent les rapports entre ces ulcérations et l'ulcère vrai que nous avons été amenés à analyser. Il semble en effet . que les rapports apparaissent encore plus étroits dans cette perspective.

L'ulcère chronique de CRUVEILHIER est séparé des autres lésions en vertu de sa chronicité et de son expression histologique qui est la sclérose indélébile observée sur une lésion profonde. Mais "la première poussée évo-"lutive de l'ulcère, telle qu'elle nous est connue par ses cas extrêmes, opé-"ratoire, avec hémorragie ou perforation a pour lésion essentielle une nécrose". Or, le Pr. LAUMONIER précise aussi que cette nécrose ne diffère pas de celle des ulcérations moins profondes, la seule différence ici n'est donc plus que topographique. En vertu des transitions bien connues et mises en lumière par KONJETZNY et MOUTIER entre les ulcérations plus ou moins profondes n'est-ce pas souligner la fragilité de cette différence, pour ne pas dire son caractère conventionnel ou virtuel ?

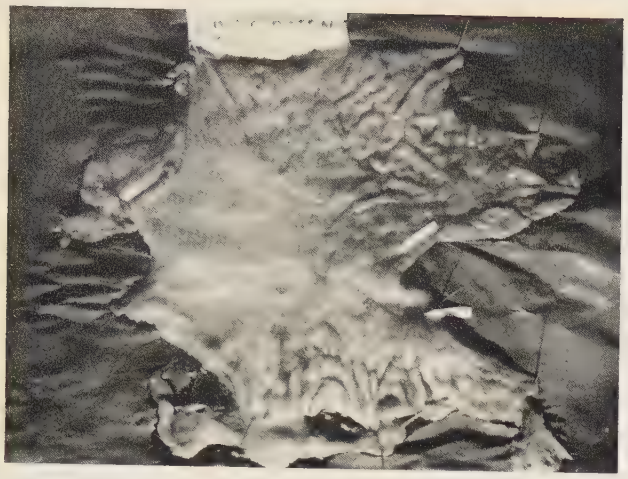
Il apparaît alors que la sclérose n'est que l'expression de la tendance à la réparation lorsque l'ulcération initiale a atteint une certaine profondeur intéressant la musculeuse mais n'entraînant pas nécessairement sa rupture totale, sans être pour autant l'expression histologique d'un type particulier de lésion qui définirait la maladie de CRUVEILHIER.

Enfin, le Pr. LAUMONIER souligne la parenté des phénomènes vasculaires observés dans l'ulcère chronique et dans l'exulceratio simplex, mise

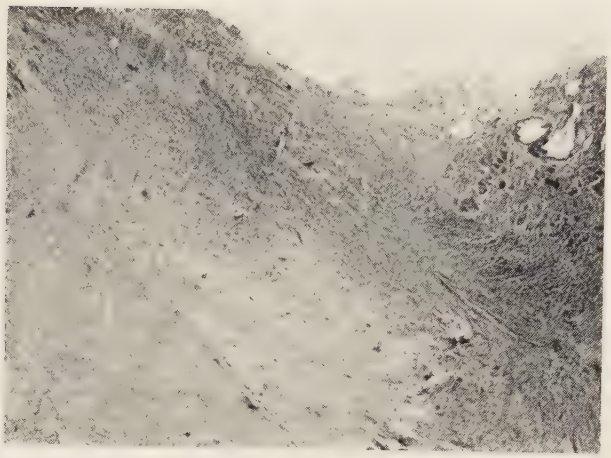
.../.

en lumière par ses travaux avec J. SEYER reprenant ceux de BARKELY et BENTLEY et de BUSCHER. Dans le cas particulier de l'obs. n° 210, le Dr. MARTIN revoyant les coupes était de nouveau arrêté par la parenté de certaines ulcérations avec l'exulceratio simplex en raison des phénomènes vasculaires qu'il observait.

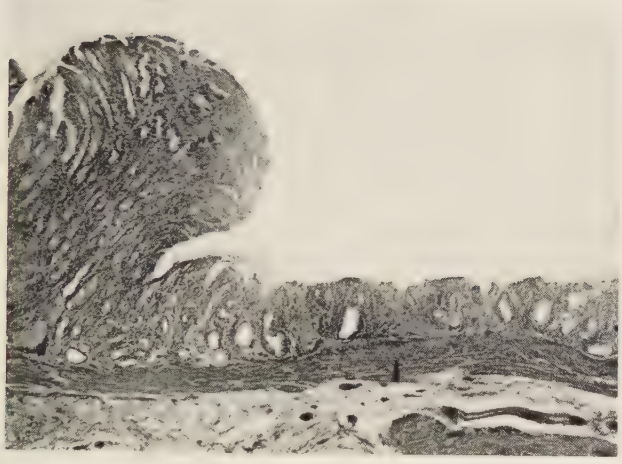
Doctrinalement, sur le plan de l'anatomie pathologique le principe du passage d'une lésion à l'autre ne peut être rejeté, et la parenté entre ces différentes lésions exclut de les séparer selon un dogmatisme prenant appui sur les descriptions historiques ou extrêmes. Dans une telle conjoncture, les constatations endoscopiques de Mr. le Pr. DEBRAY prennent un caractère déterminant pour reconnaître cette parenté et ces passages dans la réalité.



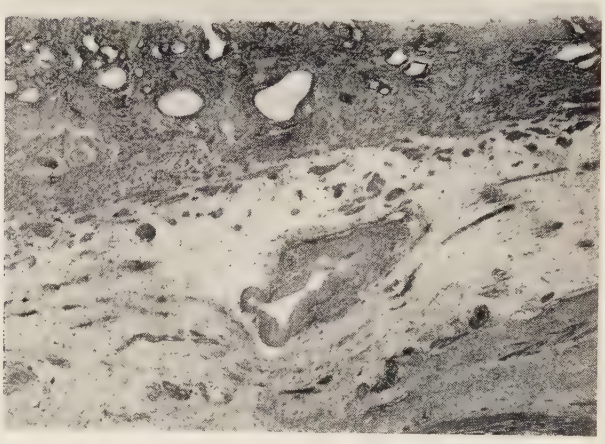
OBS. N° 210



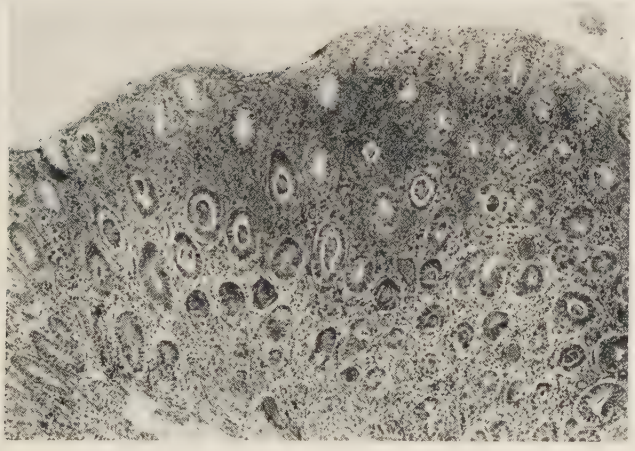
OBS. N° 210 — Sclérose de la musculeuse



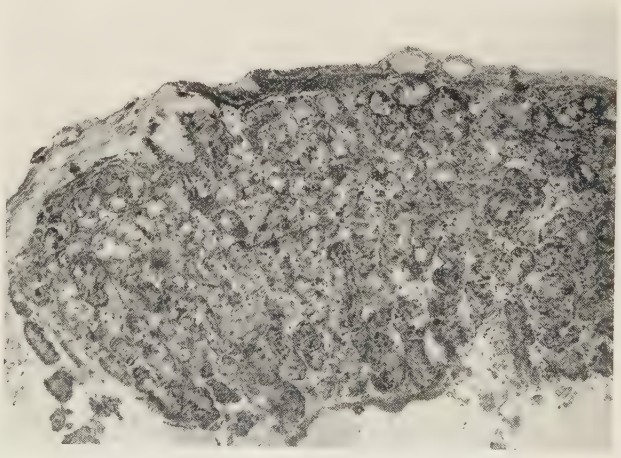
OBS. N° 210 — Lésion superficielle



OBS. N° 210 — Vaisseau



OBS. N° 95 — Biopsie



OBS. N° 71 — Biopsie

E T I O L O G I E

La fréquence des gastrites ulcéreuses est difficile à apprécier : 266 observations ont été rassemblées sur 9.000 gastroscopies environ. Sur les malades personnels du Pr. DEBRAY, où les indications de la gastroscopie ont été posées avec une particulière attention, 56 observations sur 692 gastroscopies ont été trouvées, le pourcentage est donc ici plus élevé et correspond mieux à la fréquence exacte des gastrites ulcéreuses parmi les malades dont les troubles invitent à une gastroscopie. Mais ce rapport est peu significatif pour juger de la fréquence des gastrites ulcéreuses parmi les autres affections gastriques, car, pour des raisons d'ordre pratique, ce n'est qu'à une certaine catégorie de malades que la gastroscopie est appliquée : ceux dont l'affection prend une évolution aiguë, se compliquant par exemple d'une hémorragie importante sont exclus de cette statistique de même que ceux pour lesquels la radiologie a apporté des renseignements d'emblée suffisants. Inversement, un certain nombre de gastrites ulcéreuses échappent à l'investigation endoscopique seule capable de les dépister à cause de leur latence fonctionnelle, de leur caractère éphémère, ou parce qu'elles échappent à une surveillance médicale spécialisée. En raison de ces diverses causes d'erreur, il est difficile d'avoir une idée même approximative de la fréquence réelle des gastrites ulcéreuses, celle-ci s'oppose néanmoins non seulement à la fréquence extrême des lésions histologiques banales du type gastritique sur laquelle insiste Ch. DEBRAY mais encore à la fréquence relative des différents types de gastrites endoscopiquement appréciables ne comportant pas d'ulcérations telles que les gastrites érythémateuses, mamelonnées simples, hypertrophiques, et il semble équitable de dire que les gastrites ulcéreuses constituent entre 15 % et 20 % de toutes les gastrites prises au sens le plus large. Elles apparaissent ainsi à l'étude des registres de gastroscopie des Hôpitaux de Vaugirard et de Bichat peut-être un peu moins fréquentes que MOUTIER et CORNET les estimaient puisque ces auteurs proposaient la proportion de 25 %.

Les gastrites ulcéreuses paraissent prédominer nettement chez l'homme puisque nous trouvons 75 % d'hommes et 25 % de femmes parmi l'ensemble des observations. Cette prédominance masculine est encore plus accusée pour le premier groupe concernant les gastrites mamelonnées et érosives qui se

.../.

répartissent en 85 % d'hommes et 15 % de femmes, cette proportion étant la même pour les gastrites aphtoïdes. Mais, fait remarquable étant donné la plus grande fréquence de l'ulcère chez l'homme, dans le groupe où sont rassemblées les observations de gastrites ulcéreuses ayant un rapport avec la maladie de CRUVEILHIER, on relève un nombre plus élevé de femmes, soit 30 %, ce double paradoxe doit être souligné il est aisé d'en entrevoir la signification. Ce sont les observations du dernier groupe d'ailleurs disparates qui atteignent le pourcentage le plus élevé de femmes : plus de 40 %. Les gastrites en ventouses de poulpe sont rares mais le nombre de femmes est relativement élevé : 4 pour 8 hommes. Au total donc la prédominance masculine est constante mais, variable suivant le type de gastrite envisagée, elle parait dans notre statistique encore plus élevée que MOUTIER et CORNET la reconnaissent (75 %) surtout la prédominance féminine de la gastrite aphtoïde signalée par ces auteurs n'a pu être retrouvée.

Sur les 266 observations où l'âge a été retrouvé, nous trouvons 24 observations entre 20 et 30 ans, 46 entre 30 et 40 ans, 70 entre 40 et 50 ans, 68 entre 50 et 60 ans, 40 au-delà de 60 ans, ainsi se trouve dessinée une courbe en cloche de la fréquence suivant l'âge avec un maximum très marqué étalé entre 40 et 60 ans, puisque 56 % des observations concernent des malades dont l'âge se situe dans cette tranche. Ceci rejoint dans l'ensemble les statistiques de MOUTIER et CORNET.

Nous avons recherché également une fréquence saisonnière. Le moment de l'installation des troubles a pu être retrouvé approximativement dans 242 observations et une prédominance semble se dégager en faveur des mois d'hiver comptés d'octobre à mars, 65 % d'observations se situent dans cette période de l'année.

Parmi les facteurs étiologiques fréquemment invoqués la notion d'un tabagisme important a été noté dans 25 cas. Il est évident que ce chiffre est très inférieur à la réalité, la proportion de fumeurs est d'ailleurs plus élevée parmi les observations personnelles du Pr. DEBRAY où ce point est systématiquement élucidé à l'interrogatoire. L'éthylisme flagrant a été mentionné également dans une vingtaine de cas. La fréquence de l'éthylisme fait que ce dernier n'est précisé dans les observations hospitalières qu'en cas d'intoxication patente. En réalité, une intoxication

.../..

éthylique chronique appréciable est probable dans 20 % des cas au minimum. Nous n'avons pu recueillir de renseignements précis sur l'état de la denture néanmoins lorsque celle-ci est excellente elle crée en général une difficulté à l'introduction du gastroscope signalée par l'endoscopiste, on peut en déduire, une telle mention étant rare, que la denture est le plus souvent défectueuse. Trois fois la tachyphagie est notée et deux fois seulement l'infection chronique des voies aériennes supérieures.

De ce qui précède, les deux points les plus saillants sont la prédominance masculine, avec ses nuances suivant le type de gastrite ulcéreuse envisagé, et le maximum de fréquence entre 40 et 60 ans. Ceci confirme dans l'ensemble les impressions recueillies par MOUTIER et CORNET. La conjonction de ces deux facteurs étiologiques désigne assez clairement le terrain d'élection de la gastrite ulcéreuse où le tabagisme et l'éthylisme sont très communs.

C L I N I Q U E

Aucune symptomatologie, ni aucun signe clinique n'appartient en propre aux gastrites ulcéreuses, ainsi que le notait déjà BELLIN dans sa thèse, il faut donc dans ce chapitre passer en revue les différentes éventualités qui se révélèrent ensuite à la gastroscopie être le fait de gastrites ulcéreuses. Nous essaierons d'établir si les faits rapportés dans les observations qui nous ont été confiées coïncident avec ceux déjà exprimés, et dans quelle mesure ils peuvent être considérés comme particulièrement compatibles avec une gastrite ulcéreuse.

Pour plus de clarté, nous envisagerons d'abord de façon analytique successivement les phénomènes susceptibles d'amener le malade à consulter, les douleurs, les troubles dyspeptiques, l'altération de l'état général, enfin des manifestations éventuellement d'un autre ordre, telles des troubles de type intestinal par exemple.

Les douleurs sont fréquentes, puisque sur 266 observations nous en trouvons 187, soit : 70 % avec des phénomènes douloureux, et elles ont le grand intérêt par leur siège épigastrique, qui constitue d'autre part leur caractère le plus constant, d'attirer l'attention vers l'estomac.

Elles sont de deux types : les brûlures et les crampes; les impressions de gêne épigastrique mal définies, de pesanteur abdominale, de ballonement. ne constituant pas des douleurs mais plutôt des troubles dyspeptiques. Nous n'envisagerons donc que des phénomènes nets, en général spontanément exprimés par le malade. Schématiquement la crampe est plutôt ulcéreuse et la brûlure gastritique ou herniaire. Nous avons trouvé 61 observations comportant des brûlures donc correspondant au schéma et 77 observations comportant des crampes en comptant parmi ces dernières les douleurs considérées comme de type ulcéreux sans autre précision. Si on admet une erreur par excès à cause de ce dernier point, les crampes demeurent sensiblement aussi fréquentes que les brûlures. Si nous allons plus en avant et que nous tentions de rechercher la fréquence des brûlures dans les diverses variétés de gastrites ulcéreuses nous les trouvons également fréquentes dans les 5 premiers groupes

.../.

d'observations et plus rares dans le dernier, c'est-à-dire qu'elles apparaissent comme caractéristiques des gastrites typiques. L'association de crampes et de brûlures a été retrouvée dans quelques observations. Dans une trentaine de cas le type de douleur n'a pu être précisé ce qui ne veut pas nécessairement dire qu'il était effectivement exceptionnel, parmi ceux-ci quelques uns seulement sont mentionnés comme particuliers et indéfinissables.

La constatation de brûlures garde donc une grande valeur en raison de leur rareté au cours de l'ulcère, surtout lorsqu'elles sont strictement épigastriques puisque cette limitation topographique est exceptionnelle dans la hernie hiatale, mais nous n'en n'avons trouvé mention que dans environ un quart des cas. Elles nous ont paru plus souvent spécifiées dans les observations personnelles du Pr. DEBRAY où un interrogatoire prolongé s'adressant à des malades plus attentifs avait pu être fait.

L'horaire de la douleur ne nous a pas paru justifier par sa netteté et ses variations le classement proposé par BELLIN de l'ensemble des manifestations fonctionnelles en syndromes précoces, demi-tardifs et tardifs; mais en fin de compte nous retrouvons à peu près ce qu'il avait constaté en particulier la relative rareté des manifestations précoces en dépit d'une proposition assez répandue. Nous en avons trouvé mention dans 18 cas avec une prédominance pour les gastrites mamelonnées et érosives c'est à dire les plus proches des gastrites banales (6 cas). En revanche l'horaire demi-tardif ne nous a pas .paru fréquent même plutôt moins, il a pu être précisé dans une quinzaine d'observations seulement, alors que l'horaire tardif est franchement dominant puisqu'il se dégage d'une quarantaine d'observations et ceci doit être inférieur à la réalité, l'horaire de beaucoup de douleurs de type ulcéreux n'ayant pas été précisé. Il n'est pas rare de rencontrer des brûlures tardives, le Pr. DEBRAY a noté ce fait plusieurs fois dans ses fiches personnelles, ce qui vient à l'appui de l'opinion de BELLIN. Nous sommes donc amenés à dire que les brûlures strictement épigastriques tardives sont très évocatrices . Quant aux formes continues, elles sont certainement très rares et nous n'en mentionnons que quelques unités seulement, encore qu'il convienne de reconnaitre des variations d'intensité. Sans quelques observations, des douleurs nocturnes ont été notées. MOUTIER et CORNET signalent le caractère particulièrement douloureux de certaines gastrites aphtoïdes.

.../.

L'effet de la prise d'aliments et de médications alcalines n'a pu toujours être précisé, nous seront extrêmement prudents dans nos conclusions à ce sujet, d'autre part, ceci ne serait pas d'un grand secours; il semble que les douleurs gastritiques soient plus résistantes que les douleurs ulcéreuses pourtant, vingt six fois, au moins, la sédation à l'ingestion d'aliments est précisée.

Inversement, l'action néfaste de certains mets est notée dans 5 % des observations; les aliments sucrés sont rarement en cause, les aliments vinaigrés, le lait sont retrouvés plusieurs fois.

Quant à la symptomatologie considérée comme de type ulcéreux, elle appelle certaines remarques. Si la notion d'un horaire post-prandial joint à celle d'une certaine périodicité suffit à la définir, elle devient d'une extrême fréquence; si l'interrogatoire est plus exigeant, ici comme dans beaucoup d'affections digestives où la symptomatologie de type ulcéreux est invoquée, elle se fait sensiblement plus rare. Toutefois, l'ulcère lui-même s'accommode parfois mal d'une rigidité excessive dans la description de ses symptômes, et le nombre de cas où il était légitime d'y songer avant l'examen radiologique demeure important. Une symptomatologie ulcéreuse a été mentionnée dans 34 observations mais en fait atteint facilement 20 % des cas. Parmi les observations de gastrites ayant une connexion quelconque avec l'ulcère (5ème groupe d'observations) un tiers comportent une symptomatologie de type ulcéreux.

Par troubles dyspeptiques nous proposons d'entendre un état de malaise plus ou moins pénible durant la période post-prandiale, une gêne épigastrique mal définie, une impression de pesanteur épigastrique, une impression de ballonnement durant cette même période, voire quelques nausées. Ces troubles s'accompagnent le plus souvent d'une anorexie allant d'une paresse de l'appétit à une véritable anorexie complète non exceptionnelle. Ces troubles sont fréquents, nous les avons retrouvés explicitement dans 68 cas, soit un quart des cas. Parfois, ils vont de pair avec des douleurs, mais assez souvent ils constituent les seules manifestations d'ordre fonctionnel. On voit donc qu'au

.../.

total les gastrites ulcéreuses muettes se révèlent assez rares et bien qu'elles soient assurément concevables la proportion dans l'étude faite ici est très inférieure à celle notée par BELLIN qui les estimait à 30 %. Parmi les troubles dyspeptiques, les plus fréquents consistent en un état de malaise, une impression pénible mal précisée, et d'autre part en pesanteurs épigastriques. L'impression de ballonnement est beaucoup plus rare de même les éructations.

Les vomissements doivent faire l'objet d'une mention spéciale car ils sont plus fréquemment rencontrés que dans les ulcères. Nous les avons notés dans 40 observations soit 15 % des cas, si on adjoint des tendances nauséeuses importantes bien que ces deux ordres de faits soient souvent dissociés le chiffre est encore plus élevé dépassant une cinquantaine d'observations, donc : 20 % des cas.

Parmi les autres manifestations fonctionnelles les troubles intestinaux précisés dans une douzaine d'observations paraissent peu significatifs en raison de leur fréquence propre en particulier la constipation chez la femme. Un phénomène rare mais très significatif doit en revanche être bien souligné : la sialorrhée post-prandiale. Elle était particulièrement remarquable par son caractère paroxystique chez un malade que Mr. le Pr. CHIRAY avait confié au Pr. DEBRAY, mais elle a été retrouvée bien que moins intense chez une autre malade personnelle de Pr. DEBRAY, enfin, nous en avons trouvé deux fois mention au cours d'observations hospitalières.

L'altération de l'état général constitue avec l'expression fonctionnelle au total assez riche que nous venons de voir l'élément à mettre en pendant au premier plan du tableau clinique. Une altération importante a été retrouvée dans 82 cas, soit moins du tiers, mais elle a du échapper dans plusieurs observations, d'autre part, un amaigrissement discret peut facilement passer inaperçu et cette altération de l'état général atteint certainement la moitié des cas. En considérant comme cachectisante une gastrite qui entraîne une perte de poids égale ou supérieure à 10 Kgs., nous en avons dénombré 22 cas, ce qui est relativement considérable : globalement 10 % des gastrites. l'altération de l'état général est souvent rapide en quelques semaines à

quelques mois, parfois elle se fait par paliers, on voit qu'elle est souvent plus nette que dans l'ulcère. Le retentissement sur l'état général nous a paru manquer rarement dans les gastrites endoscopiquement développées mais le corollaire est faux, l'amaigrissement peut être considérable alors que les lésions observées sont peu importantes, toutefois ceci n'est pas habituel. Il est évident que l'association possible d'un amaigrissement important et de troubles dyspeptiques peu douloureux aboutit à un tableau clinique pouvant être qualifié de pseudo-cancéreux.

A côté de la symptomatologie fonctionnelle et générale, la sémiologie physique est d'une grande pauvreté. Il est habituel de signaler une sensibilité épigastrique, elle est aussi peu caractéristique qu'inconstante il faut d'avantage insister sur le développement possible d'ulcérations gastritiques vers la perforation sans aucune expression physique.

Dans cette étude clinique nous avons jusqu'à présent passé sous silence à dessein le problème très important posé par les hémorragies. Il y a déjà été fait allusion à propos des aspects endoscopiques.

Les grandes hématémèses cataclysmiques sont le fait avant tout de l'exulceratio simplex mais elles ne sont pas observées dans les gastrites ulcéreuses qui sont l'objet de ce travail. Ces dernières, même lorsqu'elles paraissent hémorragiques à la gastroscopie ont exceptionnellement une expression hémorragique clinique. Un seul cas de ce genre est à signaler parmi les observations recueillies, ce qui confirment l'impression des auteurs français. Beaucoup d'auteurs de langue étrangère dont WALK insistent sur l'expression hémorragique des gastrites ulcéreuses, séparant de façon moins nette les deux ordres de faits. Nous noterons surtout que les antécédents d'hémorragies digestives ne sont pas rares au cours des observations de gastrites ulcéreuses très discrètes ne comportant souvent qu'un élément.

Au total une certaine physionomie clinique susceptible de retouches se dégage et suivant la note dominante on peut discerner des formes pseudo-ulcéreuses, des formes dyspeptiques, enfin des formes cachectisantes; l'expression clinique leur demeurant commune dans l'ensemble. Une réserve doit être faite:lorsqu'un ulcère est observé conjointement à la gastrite ulcéreuse, l'histoire clinique est alors souvent de type ulcéreux.

R A D I O L O G I E

C'est sur les cas où la radiologie peut être d'un certain secours qu'il faut s'attarder, en tentant de préciser la qualité de celui-ci, plutôt que d'insister sur son insuffisance générale dans l'étude des gastrites en comparaison de l'appoint souvent déterminant qu'elle apporte au diagnostic d'autres affections gastriques.

Or, s'il est évident qu'on ne peut compter sur la radiologie pour atteindre le diagnostic de gastrite ulcéreuse et si, à aucun moment il ne peut être affirmé par ce seul procédé d'investigation, le nombre de cas où l'attention peut être éveillée vers une gastrite ulcéreuse est loin d'être négligeable.

En se plaçant du point de vue inverse, sur 266 observations il en a été dénombré 202 comportant différentes anomalies radiologiques; ce dernier chiffre est d'ailleurs probablement inférieur à la réalité, des omissions et des interprétations hâtives ayant été possibles, et on peut estimer que 70 % des estomacs étant le siège d'une gastrite ulcéreuse ont un aspect radiologique anormal. Si on envisage seulement les observations personnelles du Pr. DEBRAY ayant fait l'objet d'examens toujours attentifs, les images radiologiques sont anormales dans un pourcentage de cas encore plus élevé.

Sur les 202 observations comportant la mention d'un aspect radiologique anormal, 139 environ peuvent être considérées comme pourvues d'une expression radiologique susceptible d'orienter vers l'hypothèse d'une gastrite en prenant comme critères pour cette évaluation obligatoirement approximative l'existence soit d'un aspect de gros plis, soit d'irrégularités suggestives de la petite courbure. Il y a donc globalement 50 % des gastrites ulcéreuses qui ont une traduction radiologique plus ou moins évocatrice. La trentaine d'observations restant comportent des anomalies radiologiques intéressantes à noter mais n'ayant pas de valeur d'orientation telles qu'une niche de face douteuse, un enraidissement limité de la région angulaire, un aspect de réaction antrale assez banal, des déformations bulbaires de type inflammatoire par exemple.

.../.

Les anomalies de l'image radiologique le plus souvent mentionnées sont donc les modifications de la petite courbure (76 cas) localisées le plus souvent à la petite courbure verticale, les images de gros plis avec leurs différentes topographies (62 cas environ) puis les images laissant la discussion ouverte sur une éventuelle niche ulcéreuse qu'elle soit angulaire, pré-pylorique ou de face, des signes antraux, hyperkinésie et mauvais remplissage, enfin des modifications bulbaires, parfois aussi des signes de gêne du fonctionnement pylorique. Ces différentes anomalies se distribuent suivant le tableau dressé à la suite des observations, les chiffres de ce tableau qui ne doivent pas être considérés avec rigueur, aidant seulement à une appréciation plus objective des faits.

Ce qui précède invite donc à une analyse attentive des deux ordres d'anomalies radiologiques le plus souvent observés.

Les modifications de la petite courbure sont essentiellement constituées par la présence de fines images d'addition. Ce sont de très petits triangles de un demi à deux millimètres de hauteur au maximum, implantés sur le profil de la petite courbure, exigeant un examen attentif pour être remarqués. Ils siègent le plus souvent sur la petite courbure verticale et sont de toute façon d'identification plus délicate sur la petite courbure horizontale en raison du plissement et de la mobilité de celle-ci. Sur 77 observations où ont été observées des irrégularités de la petite courbure, 53 d'entre elles étaient localisées explicitement sur la portion verticale, dans 14 cas seulement des modifications électives de la partie horizontale ont été mentionnées et l'aspect de ces dernières était peut-être un peu différent.

Lorsqu'ils siègent sur la petite courbure verticale dans sa partie sus-angulaire s'ils sont suffisamment nombreux, ces fins spicules créent par leur juxtaposition un aspect finement dentelé qui peut être qualifié de serratile suivant la comparaison d'ANSPRENGER et KIRKLIN. La comparaison très banale avec une dentelure de timbre est assez évocatrice. Dans quelques cas, ces très fins spicules sont plus espacés et de façon régulière, donnant un aspect d'ensemble assez différent mais néanmoins caractéristique (fig.)
Ailleurs les spicules sont de tailles inégales (obs. 83) mais toujours très

.../.

petits, ils se présentent de façon différente du petit spicule acéré unique et dense saillant sur une petite courbure nettement tracée, communément observé chez des malades porteurs d'un ulcère.

Bien que ce soit de beaucoup le cas le plus fréquent, les irrégularités de la petite courbure n'ont pas constamment cet aspect de fins spicules, et parfois de petites images d'addition du même ordre de grandeur, mais de dessin rectangulaire, réalisant de petits plateaux très légèrement saillants sur le profil de la petite courbure, sont observés (obs. 59).

Ces irrégularités ont été vues avec prédilection dans le premier groupe d'observations suivant notre classement, groupe concernant différents types de gastrites mamelonnées et érosives (28 obs.) et dans les gastrites limitées comportant seulement quelques ulcérations siégeant électivement dans la région de la petite courbure : petite courbure proprement dite et sphincter de l'antre (25 obs.) . Ces images radiologiques sont rares au cours des gastrites aphtoïdes.

MOUTIER et CORNET ont commenté la signification de ces images qui n'est pas univoque. Assurément elles traduisent souvent une minime ulcération pariétale, c'est à dire un élément de gastrite ulcéreuse de la même manière qu'une niche ordinaire est le témoin de l'ulcère, mais il n'est pas rare que les constatations endoscopiques soient en contradiction avec la radiologie. Ces images ne sont pas pour autant dénuées de valeur, lorsqu'elles ne traduisent pas une ulcération elles demeurent à notre avis le reflet d'un état pathologique. Il s'agit souvent d'un état mamelonné intense de la muqueuse, un état oedématié des plis qui sont d'ailleurs susceptibles de comporter en un autre endroit de la paroi gastrique des ulcérations gastritiques. Ce fait a été remarqué plusieurs fois,au cours de l'observation 149 en particulier.

Très souvent ces irrégularités sont associées à une modification d'ensemble de la petite courbure. Aspect flou de contour, tonalité dégradée par rapport à l'ensemble de l'opacité gastrique, parfois aspect de pli parallèle au contour gastrique. De toute façon, le caractère moins franc de l'opacité des spicules ou des plateaux décrits ci-dessus, indépendamment de leur faible taille, aide beaucoup à les reconnaitre de petites niches

.../.

ulcéreuses vraies. Des modifications angulaires sont notées; il n'est pas rare d'observer des signes radiologiques assez importants laissant soupçonner un ulcère angulaire, alors que la gastroscopie ne trouve qu'une ulcération gastritique minime; ces aspects radiologiques s'expliquent aisément par les modifications indirectes au voisinage de la lésion. Sur la petite courbure pré-pylorique, en particulier dans sa partie immédiatement sous-angulaire, se trouve parfois formée l'image caractéristique d'un spicule en retrait du contour dans une sorte de lacune bien nette. L'ensemble dessine un oméga minuscule d'une façon très rigoureuse. Un simple pli peut assurément faire naître des aspects voisins, toutefois lorsque cette image est très nette et s'impose bien à la vision, elle est susceptible de traduire une ulcération gastritique. MOUTIER et CORNET, dans leur traité, en rapportent un bel exemple accompagné d'une iconographie suggestive appuyé par une vérification histologique. Plusieurs fois ce même aspect a été retrouvé dans nos observations sans avoir de valeur absolue, il s'agit là d'une modification très évocatrice de la petite courbure horizontale.

D'une façon générale l'étude des aspects radiologiques concernant les gastrites ulcéreuses rencontre à leur maximum les difficultés inhérentes à l'interprétation des images radiologiques qui ne sont plus grossièrement flagrantes : elles n'ont pas une correspondance anatomique stricte et le partage avec les aspects pouvant être considérés comme aux confins de la normale est aléatoire. Elles ne doivent pas pour autant être négligées.

Un plissement très intense et d'aspect anarchique est le second grand signe radiologique des gastrites ulcéreuses mais il s'agit d'un signe indirect inconstant puisqu'il est observé surtout dans les gastrites ulcéreuses s'accompagnant d'une hypertrophie réelle des plis, il est d'autre part infidèle puisque les gastrites hypertrophiques ne comportant aucune ulcération sont susceptible de le donner également. Enfin il est d'interprétation souvent délicate, et tous les auteurs insistent sur cette difficulté en particulier pour les plis de siège antral. Les critères de dimension proposés par TEMPLETON qui considère un centimètre comme la largeur critique au-delà de laquelle les plis peuvent être tenus comme pathologiques ne sont pas admis par la plupart des auteurs. Les conditions de l'examen, l'existence ou non d'une compression modifient considérablement les images. MOUTIER et CORNET

.../.

signalent l'absence de parallèlisme entre les données de la radiologie et de l'endoscopie en ce qui concerne le plissement. On sera donc toujours d'une extrême prudence dans les conclusions devant de telles images. Toutefois, au moins dans plus d'une cinquantaine d'observations, l'existence de gros plis, et souvent de plis monstrueux, a été mentionnée et ceci avec une prédominance considérable dans le premier groupe d'observations de gastrites mamelonnées et érosives puisqu'il a été trouvé dans 33 observations sur 86, soit 38 % d'entre elles. D'autre part il est des aspects radiologiques groupant un plissement important, anarchique et diffus avec un dessin très déchiqueté de la grande courbure et un aspect ouaté des contours qui sont caractéristiques d'une gastrite intense certaine; une telle gastrite à beaucoup de chance de comporter des ulcérations superficielles visibles à la gastroscopie mais ce n'est qu'une probalité et nous avons pu observer récemment un cas de ce genre à la consultation de gastroscopie du Pr. DEBRAY où en dépit de l'intensité de la gastrite le Pr. DEBRAY lui-même n'a pu obtenir par l'endoscopie la certitude d'ulcérations macroscopiques en dépit de quelques dépôts pultacés suspects.

L'association de gros plis et d'irrégularités spiculaires de la petite courbure est évidemment très en faveur du diagnostic de gastrite ulcéreuse. Cette association malheureusement est moins fréquente qu'on pourrait l'espérer, nous ne l'avons rencontrée de façon explicite qu'à propos de quelques observations seulement ne dépassant pas la dizaine, elle ne serait pas de toutes façons absolument déterminante.

Enfin, un aspect très particulier du plissement gastrique appartient en propre à la gastrite pseudo-polypoïde ombiliquée dite aussi en "ventouses de poulpe" en raison de son allure gastroscopique. Ces anomalies radiologiques connaissent parfois, comme la gastrite dont elles sont l'expression, une prédominance antrale. FELCI de Genève a insisté récemment sur ces images dans un article appuyé sur une iconographie très riche. Il s'agit d'un aspect très grossier tomentueux du plissement avec surtout de petites lacunes, juxtaposées suivant une disposition linéaire, de tonalité variable , de dessin un peu irrégulier mais dans l'ensemble arrondi, de contours peu précis; l'ensemble

.../.

de ces lacunes donne à l'opacité gastrique une sorte d'aspect grumeleux à très gros grains. Parfois l'ombilication des mamelons correspondant à ces grains a elle-même une expression radiologique sous la forme d'une ponctuation centrale. Pour FELCI l'individualité remarquable de cette image contribue grandement à l'isolement de ce type de gastrite. WALK en reproduit deux exemples dans son article plus ancien de 1955 et en souligne l'intérêt également, sans toutefois semble-t-il lui accorder la même individualité. Cet aspect n'est d'ailleurs pas absolument pathognomonique, surtout lorsqu'il est peu diffus et il a été produit par des pancréas aberrants (RONCORINI et BALDINI). Enfin, certaines gastrites hypertrophiques simples peuvent avoir une traduction radiologique très voisine. MOUTIER et CORNET font de leur côté des réserves au sujet de ces images.

Parmi nos observations de gastrites de ce type il en est peu qui aient donné lieu à cette image radiologique dans sa pureté mais plusieurs d'entre elles ont offert des aspects comparables. A propos d'une observation personnelle du Pr. DEBRAY des plis "en nid de pigeon" ont été notés. Un autre aspect donnant l'impression de bourrelets superposés sur la petite courbure verticale, a été décrit à l'occasion de l'observation 96.

Quoiqu'il en soit, en aucun cas on ne saurait considérer les images sur lesquelles FELCI attire justement l'attention comme constantes dans ce type de gastrite. Parmi les observations rapportées dans les "Confrontations radio-anatomo-cliniques" de CHIRAY, GUTMANN, SENEQUE en 1949, une seule de GURMANN donnait lieu à de semblables images encore que très discrètes. Elles sont décrites comme images polypoïdes, moins rondes, moins régulières que de vrais polypes, susceptibles de se déformer avec les contractions et affectant une disposition linéaire, on voit que nous retrouvons l'essentiel des caractères qui se dégagent de la lecture de l'article de FELCI.

Retenons donc une tendance des gastrites pseudo-polypoïdes à avoir une expression radiologique très particulière, la pauvreté de celle des gastrites aphtoïdes, la fréquence des gros plis des gastrites mamelonnées érosives et l'intérêt pratique certain, à défaut d'une signification rigoureuse, de l'aspect finement dentelé de la petite courbure. En tout cas, il est

.../.

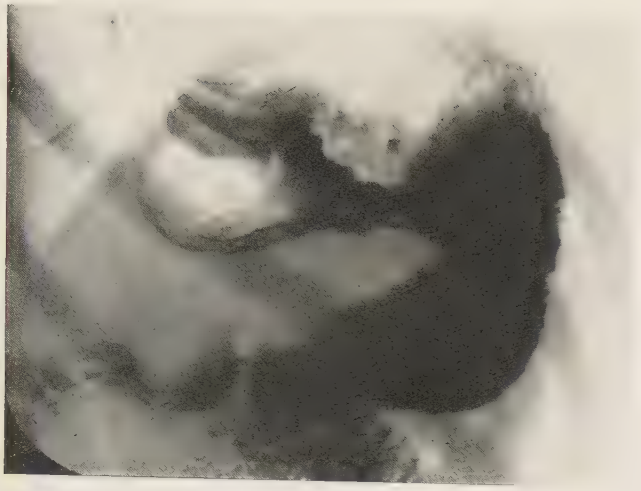
impossible de présumer de la profondeur des ulcérations lorsque celles-ci paraissent probables et nous juxtaposons à dessein dans l'iconographie radiologique un des clichés les plus éloquents de l'observation n° 210 et un cliché similaire appartenant à une observation de gastrite ulcéreuse banale du premier groupe.

-:-:-:-:-:-:-

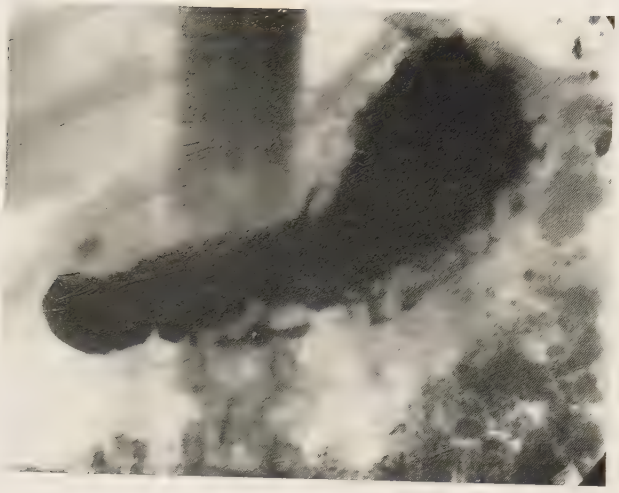
Exemples d'aspects dentelés de la petite courbure

OBS. N° 200

OBS. N° 200

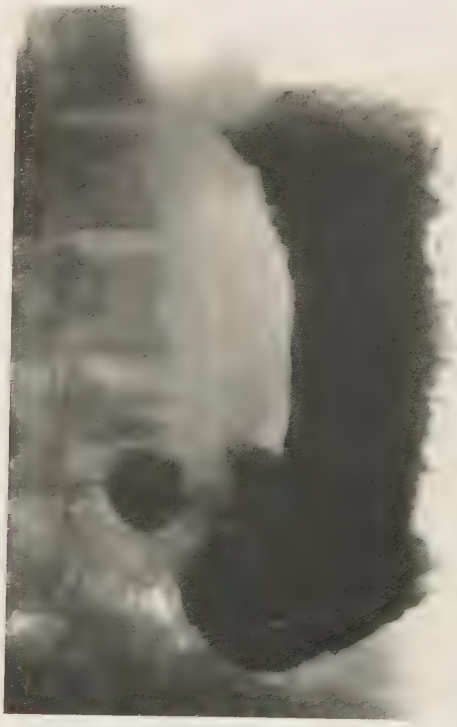


OBS. Nº 190



OBS. Nº 84

OBS. Nº 210



OBS. Nº 86

L E T U B A G E G A S T R I Q U E

Ce mode d'exploration a été étudié par beaucoup d'auteurs au cours des différentes affections gastriques. On peut dans le passé, entre autres noms, citer ceux de WINTER, EWALD, HAYEM et LION, ce dernier auteur en particulier a donné au congrès de 1935 un rapport qui correspondait sur le plan de l'étude de la secrétion gastrique au cours des gastrites à la mise au point de MOUTIER sur le plan de l'anatomo-pathologie. Mais actuellement, ce sont les travaux de LAMBLING et de ses collaborateurs qui sont déterminants sur ce sujet. Le titre même d'un mémoire de LAMBLING, J.R. GOSSET et J.J. BERNIER de 1953 : "Le diagnostic biologique de la gastrite" traduit exactement l'esprit qui a présidé à ces recherches. Les auteurs justifient l'attention particulière qu'ils portent au tubage dans le diagnostic de gastrite par le peu de fidélité de la clinique, la fréquence des erreurs par excès et plus encore par défaut de la radiologie, les difficultés de la gastroscopie et sa discordance avec les données de la biopsie. Ce dernier point, on l'a vu, est très nuancé en ce qui concerne les gastrites ulcéreuses que nous envisageons exclusivement. Mais le tubage n'en demeure pas moins une exploration fonctionnelle et ceci doit être souligné si on envisage une forme anatomique donnée de gastrite. En effet, l'intérêt d'un tubage sera considérable pour évaluer au cours d'une gastrite ulcéreuse ses conséquences sur les fonctions secrétoires de l'estomac, et aussi, par des examens répétés, la tendance évolutive de celle-ci; mais ce n'est là qu'un complément important d'information qui ne permet pas à lui seul si on soupçonne une gastrite de préjuger de la présence d'ulcérations, de leur type et de leur tendance évolutive. On peut prévoir la possibilité d'une secrétion gastrique relativement peu perturbée au cours d'une gastrite récente dont les ulcérations ont une évolution creusante susceptibles d'avoir de graves conséquences, et inversement une fonction sécrétoire très atteinte au cours d'une gastrite chronique ancienne dont les érosions n'ont en elles mêmes pas de gravité propre. Il est donc très délicat de parler du tubage gastrique à propos des gastrites

.../.

l'assurance parmi nos observations d'une unité indispensable de technique puisque ces observations s'échelonnent sur vingt ans. Il convient donc d'être très réservé dans les déductions d'autant plus qu'aucune prédominance accusée ne se confirme, toutefois il semble que l'hyperchlorhydrie soit moins fréquente en réalité que BELLIN l'avait constaté dans sa statistique. Il serait intéressant de rechercher si elle peut accompagner plus volontiers les gastrites ulcéreuses évolutives avec ulcérations creusantes. Récemment, à deux reprises une hyperacidité a été notée au tubage (obs. 27-40) chez des gastrites ulcéreuses intenses. La possibilité même de cette hyperacidité quelle que soit sa signification quant à l'évolution de la gastrite et sa fréquence mérite déjà d'être soulignée. L'hypo ou l'achlorhydrie, d'autre part, seraient en faveur d'une pathogénie allergique lorsque celle-ci est soupçonnée. (MOUTIER et CORNET).

LE CYTO-DIAGNOSTIC

Nous mentionnerons ce mode d'exploration à côté du tubage. Il ne donne que des renseignements limités d'après les spécialistes dans le cas particulier des gastrites ulcéreuses; BELLIN mentionnait qu'une forte augmentation des leucocytes et des hématies est en faveur d'une gastrite ulcéreuse. En pratique c'est l'absence de cellules anormales qui a le plus d'intérêt dans les cas où une gastrite très hypertrophique qui comporterait des ulcérations serait à distinguer d'un processus tumoral, étant entendu que cette négativité du cyto-diagnostic n'a qu'une valeur d'indication très relative en faveur d'un processus inflammatoire et ne saurait en aucun cas être déterminante.

L'EVOLUTION CONSIDEREE DE FACON GENERALE

L'évolution des gastrites ulcéreuses est extrêmement difficile à suivre et les notions qui peuvent être rassemblées à l'aide de repères précis extraits de quelques observations privilégiées demeurent conjecturales. Les raisons de cette difficulté sont évidentes mais il convient d'insister sur la première d'entre elles qui risquerait d'être négligée.

Nous avons défini les gastrites ulcéreuses comme des gastrites comportant des ulcérations endoscopiquement décelables. Or la labilité de ces lésions macroscopiques est manifeste, les aspects n'étant pratiquement jamais superposables d'une gastroscopie à l'autre, fussent-elles rapprochées; toutes les observations recueillies ici, où plusieurs gastroscopies ont été faites, tendent à confirmer cette labilité, souvent les aspects sont même très différents, aggravation des lésions, modification d'aspect, ou inversement nettoyage de celles-ci; les caractères histologiques des ulcérations sont aussi, on l'a vu, compatibles avec un tel remaniement et parfois donnent le reflet de celui-ci. De ceci, il résulte par exemple, qu'une gastrite peut comporter pendant un temps donné tel que quelques semaines, des ulcérations visibles à l'endoscopie, puis celles-ci peuvent disparaître alors que persisteront non seulement des altérations histologiques de gastrite - en particulier une épithélite érosive sans traduction endoscopique - mais même des manifestations visibles en gastroscopie autres que des ulcérations, telles qu'une rougeur intense et un état mamelonné; doit-on, dans ce cas, limiter la gastrite ulcéreuse à la période durant laquelle on présume que les ulcérations ont évolué, conformément à la définition, ou envisager l'évolution de l'ensemble des phénomènes gastritiques dont l'estomac est le siège ? La dernière attitude implique qu'on entend par gastrite ulcéreuse, une gastrite ayant comporté à un moment donné de son évolution des ulcérations endoscopiquement décelables. Or, si nous avons écarté au départ cette définition c'est parce qu'il est aisé d'en concevoir le caractère abusif. En effet il serait inconcevable chez un sujet porteur d'une gastrite modérée très banale d'étendre en vertu

.../.

de celle-ci l'évolution d'une gastrite ulcéreuse très caractérisée de durée brève telle qu'une gastrite aphtoïde typique. Certes une telle éventualité ne souffre ausune difficulté, mais entre les cas extrêmes comme celui-ci et des poussées de gastrites ulcéreuses rapprochées sur un fond gastritique intense, qu'il convient évidemment d'envisager dans leur ensemble, beaucoup de cas risquent d'être d'interprétation malaisée.

En fin de compte il sera rare qu'on soit en butte à cette difficulté de principe dans l'étude de l'évolution des gastrites ulcéreuses puisque les éléments d'une telle discussion sont rarement rassemblés. La plupart des observations recueillies ne comportent qu'une seule gastroscopie et celles où plus de deux sont rapportées sont esceptionnelles; d'une façon précise, sur nos 266 observations, 71 comportent deux gastroscopies, 7 comportent 3 gastroscopies, 2 comportent 4 gastroscopies et une seule 7 gastroscopies. Aussi, force sera d'entendre le plus souvent par évolution le déroulement des troubles fonctionnels et généraux éclairés par une seule ou deux gastroscopies. BELLIN a déjà insisté à juste titre sur le caractère grossier et infidèle d'une telle méthode et souligné à ce propos l'absence de parallèlisme entre l'évolution des troubles fonctionnels et des manifestations locales, néanmoins cette étude conserve un intérêt pratique certain.

Avant de l'entreprendre on peut néanmoins prévoir deux aspects évolutifs aux ulcérations gastritiques, le premier représenté par une poussée éphémère d'ulcérations accidentelles en quelque sorte et constituant l'expression d'une maladie cyclique à la manière d'une éruption cutanée, le second représenté par la persistance d'ulcérations assurément susceptibles de variations, lorsqu'elles sont envisagées en détail, mais dont l'ensemble parait l'expression d'un état pathologique chronique de la paroi endogastrique.

Les gastrites figurées décrites par MOUTIER constituent un exemple très pur du premier type évolutif. Aucune de nos observations recueillies ne répond pleinement à cet aspect. La gastrite aphtoïde, bien que sujette à des récidives connait aussi une évolution rapide. Trois seulement d'entre elles ont fait l'objet de plusieurs gastroscopies et ces cas particuliers paraissent confirmer la labilité de ces ulcérations aphtoïdes. En revanche les malades

.../.

accusent parfois des troubles fonctionnels anciens, 3 observations mentionnent des troubles survenus depuis plusieurs années, 4 observations depuis plusieurs mois.

En définitive la limitation dans le temps et le caractère fugitif de certaines gastrites ulcéreuses est assez exceptionnel et la majorité des cas semble correspondre au second type évolutif que nous avons désigné. Les différentes nuances qu'une telle évolution peut prendre sont d'une analyse et d'une systématisation délicates. MOUTIER et CORNET, de même que BELLIN, ont insisté sur l'évolution tenace et récidivante. entrecoupée d'éclipses, dont l'expression fonctionnelle accusée par le malade ne donne qu'un reflet infidèle. L'observation n° 24 ayant comporté 6 gastroscopies la même année et une 7ème trois ans plus tard apporte une illustration tout à fait remarquable de ce schéma évolutif. En effet, une gastrite érosive étoilée est observée une première fois le 30 mars 1955, un mois plus tard l'estomac parait normal, toutefois une biopsie muqueuse permet de déceler une gastrite interstitielle persistante avec des modifications hétérotopiques de l'épithélium de surface. Le mois suivant une gastrite moins intense que lors du premier examen est de nouveau décelable sans qu'il soit retrouvé d'ulcérations nettes; 15 jours plus tard, le 18 mai, l'état s'est sensiblement aggravé, des érosions sont de nouveau soupçonnées. Le 10 juin, les phénomènes sont en régression alors que les modifications histologiques persistent toujours, mais le 11 octobre suivant une gastrite érosive étoilée sur toute la hauteur de la face postérieure est de nouveau observée. Trois ans plus tard, le 17 mai 1958 une gastrite mamelonnée sans ulcération décelable est notée. De même dans l'observation n° 60, une première gastroscopie trouve une gastrite érythémateuse sans ulcération en 1946, en février 1951 une gastrite ulcéreuse intense est observée, en novembre de la même année, après traitement, seule une gastrite érythémateuse et mamelonnée sans ulcérations persiste, les douleurs s'étant atténuées parallèlement. Il semble en général que la poussée de gastrite ulcéreuse observée cède au traitement dans un temps variable de plusieurs semaines parfois plus tentement et très souvent en effet la seconde gastroscopie ne retrouve plus

.../.

les ulcérations comme dans l'observation précédente.

Si nous passons en revue les observations ayant fait l'objet de plusieurs gastroscopies, nous trouvons de façon plus précise trois fois la disparition des ulcérations vérifiée après un mois d'évolution (obs. 112 - 222 et 235) trois fois après deux mois d'évolution dont deux fois ont été vérifiées de nouveau, l'une 15 jours, l'autre quelques mois plus tard, une fois une amélioration partielle seulement a été notée après deux mois de traitement (obs. 10), deux fois l'absence des ulcérations est constatée trois mois plus tard (obs. 75 et 230) et trois fois après la première gastroscopie (obs. 54, 100 et 142). Dans ces cas, outre la disparition des ulcérations, la qualité de l'amélioration endoscopique est variable et d'ailleurs indépendante des délais. C'est ainsi qu'au cours de l'obs. n° 112 où il s'agissait qu'une gastrite aphtoïde, l'estomac après un mois n'est pas parfaitement normal, une gastrite mamelonnée persistant sur la face postérieure du corps de l'estomac (Dr. HOUSSET), et au cours de l'obs. 222 il persiste une gastrite érythémateuse simple qui semble peu de choses en comparaison de l'intensité de la gastrite ulcéreuse observée au précédent examen. En revanche au cours de l'observation n° 75 où les deux gastroscopies ont été faites à trois mois d'intervalle, seules les ulcérations ont disparu, il persiste une gastrite mamelonnée très importante particulièrement sur la face antérieure.

Au delà d'un trimestre la seconde gastroscopie prend une signification différente; s'éloignant de l'examen initial, elle peut constater un état ayant peu de rapport avec le précédent, des manifestations ayant pu se dérouler entre temps et passer inaperçues. Au cours de l'observation n° 53 le Docteur BOURDAIS ne retrouve qu'une légère gastrite érythémateuse de la face postérieure du corps plus de quatre mois après le premier examen, au cours de l'obsarvation 142 un aspect cicatriciel à la place d'une ulcération est retrouvé.

A côté de ces constatations favorables il en est de défavorables Il est ainsi des cas où la gastrite ulcéreuse s'aggrave avec extension en profondeur des lésions comme au cours de l'observation 210 où les deux gastroscopies sont éloignées de plus de deux mois, éloignement qui prouve bien néanmoins le caractère chronique des phénomènes qui cadre bien avec l'examen histologique de la pièce opératoire de cette observation. L'exploration endoscopique confirme donc le caractère général étalé dans le temps, se

.../.

bien entendu une précision convaincante. La constatation d'une hypo ou d'une achlorhydrie serait favorable à cette hypothèse.

Les meilleurs éléments de reconnaissance demeurent les épreuves alimentaires, les tests cutanés n'étant guère de secours, sauf cas très particuliers, au cours de l'allergie tissulaire. En fait c'est d'une collaboration entre allergologues et gastro-entérologues que peut naître un éclaircissement sur le plan général de cette question très délicate et qu'un soulagement peut être apporté sur le plan particulier au malade atteint d'une affection de ce genre.

Parmi nos observations, l'influence néfaste du lait très suggestive d'un mécanisme allergique a été trouvée plusieurs fois. Surtout le pouvoir histamino pexique du serum recherché de façon très constante par le Pr. DEBRAY s'est révélé nul dans beaucoup de cas rebelles. Conjointement, l'efficacité d'un traitement visant à modifier le terrain allergique bien qu'encore empirique, a paru s'affirmer dans ces mêmes cas, alors que parfois une remontée du pouvoir histaminopexique a été vérifiée. On ne saurait s'appuyer sur ces faits pour reconnaitre la prédominance d'un processus allergique dans la pathogénie des gastrites ulcéreuses, mais ils n'en sont pas moins intéressants.

Ayant donc rappelé la possibilité dans certains cas particuliers de processus d'irritation locale et de processus infectieux agissant directement ou indirectement, et surtout dans de nombreux cas, de processus allergiques, il reste encore à faire la part du rôle possible des facteurs corticaux. L'intervention certaine des liaisons cortico-viscérales dans la pathogénie des gastrites prend racine dans l'observation historique de BEAUMONT et trouve un appui dans les recherches expérimentales de PAVLOV et BYKOW. Elle se vérifie quotidiennement en pratique gastro-entérologique. Il faut noter la fréquence relative des gastrites ulcéreuses parmi les troubles gastriques de cet ordre, MOUTIER et CORNET ont même décrit une gastrite ulcéreuse des psychasthéniques atteignant les sujets jeunes. Certains cas recueillis paraissent s'apparenter à cette catégorie.

Nous avons passé en revue dans une première partie de ce chapitre les différents mécanismes pathogéniques susceptibles d'être incriminés au cours des gastrites en général dont les gastrites ulcéreuses qui seules nous

.../.

occupent font partie. Nous avons tenté de noter quelle signification la présence d'ulcérations pouvait prendre et quelle orientation elle pouvait donner dans la recherche de ce mécanisme pathogénique. Il n'a pas été possible dans un travail d'ensemble sur les gastrites ulcéreuses d'entreprendre des recherches particulières sur tel ou tel mécanisme envisagé, on ne peut que souligner que les renseignements obtenus confirment les notions acquises sur cette question en suggérant d'une part l'intervention de processus tels qu'irritatifs ou infectieux dans certains cas particuliers et l'existence de facteurs allergiques et corticaux prédominants.

-:-:-:-:-:-

Après avoir envisagé ainsi la pathogénie des gastrites ulcéreuses parmi les gastrites en général, nous envisagerons la place de l'ulcération gastritique en regard des ulcérations expérimentales. Ayant songé au cours de la première partie de ce chapitre aux applications diagnostiques et thérapeutiques qui pouvaient résulter de cette étude, applications sur lesquelles il a paru inutile d'insister ici car nous aurons l'occasion d'y revenir, c'est la situation de l'ulcération gastritique par rapport à certains ulcères d'origine médicamenteuse observés chez l'homme et par rapport aussi à l'ulcère de CRUVEILHIER envisagé sous l'angle de sa pathogénie qui sera constamment en vue au cours de cette seconde partie.

Un premier point retient l'attention : nombre d'ulcérations expérimentales, le terme ulcération étant pris ici dans son sens le plus large, constituent des gastrites ulcéreuses dont certaines paraissent extrêmement proches des gastrites ulcéreuses observées en clinique. En vertu d'un paradoxe de fait qu'il convient de souligner, la poursuite des ulcérations expérimentales, bien que visant surtout l'étude de l'ulcère de CRUVEILHIER classique, aboutit à des résultats plus proches de deux affections distinctes de lui, l'ulcère peptique post-opératoire d'une part, les gastrites ulcéreuses de l'autre. Ceci à l'avantage de faire ressortir la particularité et

.../.

l'individualité extrême de l'ulcère de CRUVEILHIER clinique, au moins dans sa forme habituelle telle qu'elle se vérifie quotidiennement dans la pratique. Et nous ne perdons pas de vue cette individualité, apparaissant encore plus solide dans la pratique clinique de cette affection qu'elle ne l'est dans son expression anatomo-pathologique, au cours de cette étude, où, constamment, se pose dans ses différents aspects le problème délicat des rapports entre les ulcérations gastritiques et l'ulcère de la maladie de CRUVEILHIER. Mais il est de ce fait même souvent abusif de parler d'ulcère expérimental si on s'attache à l'acception gastro-entérologique pratique de ce terme, alors qu'il s'agit précisément de gastrite ulcéreuse, d'autant plus que cette dernière affection elle aussi appartient bien à la réalité clinique. On rapproche donc volontiers les gastrites ulcéreuses expérimentales de l'ulcère de CRUVEILHIER, alors que l'on dissocie complètement en clinique les gastrites ulcéreuses de l'ulcère même lorsqu'elles atteignent avec lui une extrême contiguïté.

Les raisons du premier terme de cette opposition paradoxale s'expliquent aisément. En effet, à la prédominance réelle en clinique de l'ulcère par sa fréquence et ses risques évolutifs, renforcée encore par la richesse de son expression radiologique et l'homogénéité de sa symptomatologie, s'opposent la découverte épisodique, la symptomatologie mal caractérisée des gastrites ulcéreuses qui ne sont accessibles qu'à une endoscopie spécialisée. C'est donc en fonction de l'ulcère avant tout que les données expérimentales ont été interprétées. Mais il convient tout en ne perdant pas de vue la prééminence patente de l'ulcère, et sans porter atteinte à son individualité, de faire ressortir à l'occasion d'une revue des gastrites ulcéreuses leur caractère privilégié sur le plan expérimental.

En effet, si nous passons en revue les différents modes d'obtention des ulcérations expérimentales nous voyons que la plupart conduisent à des gastrites ulcéreuses. Nous avons noté au passage les suivantes en considérant comme gastrite ulcéreuse la formation d'ulcérations multiples, visibles à l'oeil nu et superficielles en totalité ou en partie. Ce sont : l'action de solutions acides chez le chien (PUHL, MANN et BOLLMAN 1932), l'action de l'eau chaude à 70 ° (IVY 1929) , la méthode de SHAY (1945), les brûlures tégumentaires chez le rat (SELYE 1950), la stimulation électrique vagale

.../.

(STAHNKE 1929), l'irritation sympathique par lésions du sympathique péridéférentiel et urétéral chez le cobaye (COUJARD 1954), l'hypophysectomie chez le rat ou le chat (DODDS 1937), l'injection endoveineuse de pitressine chez le lapin (CRANE 1954), l'injection sous-cutanée d'extrait pancréatique chez le chien (RODRIGUEZ OLLEROS 1957), l'administration d'hormones cortico surrénales (LAMBLING et LUCHERINI) l'administration d'histamine, de cinchophène par voie veineuse ou orale, de phénylbutazone, d'aspirine, de caféine, de sérotonine, de réserpine, d'adénosine. Cette liste incomplète s'oppose dans l'ensemble aux moyens d'obtention chirurgicaux avec dérivations des sécrétions digestives aboutissant à la formation d'un ulcère de sortie dont le type est l'ulcère de MANN et WILLIAMSON; de cette liste nous ne retiendrons comme partirulièrement importants et significatifs que l'ulcère de SHAY, les ulcères par produits médicamenteux en général et en particulier ceux obtenus par les dérivés cortisoniques, la phénylbutazone, le cincophène et nous devons reprendre plus en détail chacun de ces différents cas.

L'ulcère de SHAY qui résulte de la ligature pylorique chez le rat avec rétention de la sécrétion gastrique dans l'organe a été étudié par son inventeur (1945) puis par DEBRAY, LAUMONIER, Mme. DELAVAUT et ROUSSELET de même que par LAMBLING, BONFILS et HARDOUIN, la thèse de ce dernier auteur lui étant consacré. Il est un des ulcères expérimentaux les plus importants, d'obtention relativement facile et constante, ayant été utilisé pour ces raisons pour tester l'activité anti-ulcéreuse de certains produits, et nous ne pouvons résumer ici ses caractères qui ont été très étudiés par les auteurs cités; nous soulignerons seulement que les ulcérations sont multiples plus ou moins profondes suivant le degré de développement qu'elles ont atteint, associées à une atteinte diffuse de la muqueuse, et qu'elles s'accompagnent de phénomènes vasculaires importants (DEBRAY et LAMBLING). Dans l'observation n° 210 sur laquelle nous avons déjà insisté, le Pr. LAUMONIER a noté la similitude d'aspect histologique des érosions superficielles observées avec celles qui accompagnent l'ulcère de SHAY étudié précisément par cet auteur lui-même. On voit que la similitude entre cette observation et l'ulcère de SHAY ne s'arrête pas à un aspect d'ensemble des ulcérations mais qu'elle se poursuit sur le plan histologique. Au cours de cette même observation un ulcère également observé revêtait lui les attributs de la chronicité et fut considéré

.../.

comme un ulcère de CRUVEILHIER, rompant ainsi le parallèlisme avec les ulcérations expérimentales pour soulever d'autres problèmes.

Les ulcérations expérimentales obtenues par les substances médicamenteuses sont dominées par celles des dérivés cortisoniques et de la phénylbutazone en raison de leurs applications cliniques directes. Les premières nous retiendront également parce qu'elles mettent en évidence la conjonction de lésions diffuses vérifiées dans les mêmes circonstances chez l'homme par SIGUIER et de lésions focales qui, chez l'animal, restent toujours superficielles ne dépassant pas la sous-muqueuse et exceptionnellement seulement la musculaire muqueuse, et correspondent donc à l'ulcération gastritique. LAMBLING distingue trois stades à l'évolution des ulcères cortisoniques, épithélite érosive diffuse, constitution de l'ulcère focalisé, enfin réparation avec epithélialisation. LAMBERT souligne que "ces observations permettent de "penser que l'évolution de l'ulcère se fait en creusant de la superficie vers "la profondeur", mais ici les lésions ne peuvent passer à la chronicité il y a seulement passage d'une ulcération aiguë à un ulcère aigu. Ces doubles manifestations, diffuses et focales, suggèrent un trouble trophique de la paroi gastrique conjointement à une action renforcée du suc gastrique acide en certains points, alors que la barrière protectrice de mucus se trouve affaiblie. Les lésions par accidents thérapeutiques observées chez l'homme peuvent comporter également " des ulcérations multiples et superficielles accompagnées de vaso-dilatation et creusées au contact d'une infiltration oedémateuse" (LAMBERT) elles sont donc voisines des ulcérations expérimentales.

Les lésions dues à la phénylbutazone en particulier chez le chien peuvent être de type focal unique mais ce n'est pas l'aspect le plus répandu, et chez le rat on observe deux types différents de gastrites ulcéreuses faites toutes deux d'ulcérations superficielles multiples et diffuses : le premier type, rare, est celui d'ulcérations très superficielles en coup d'ongle, le second, plus fréquent, est celui d'une gastrite fissuraire avec de longues fissures longitudinales siégeant sur les faces. A l'examen histologique les lésions peuvent atteindre la sous-muqueuse mais respectent la musculeuse tout au moins chez le rat (LAMBLING et BONFILS). Chez le cobaye, ARON signale une atteinte possible de la musculeuse voire sa perforation, il en

.../.

est de même chez le chien (DASCALAKIS). Ces lésions suivent une évolution cyclique remarquable (LAMBLING et HARDOUIN). La pathogénie de ces gastrites ulcéreuses expérimentales reste obscure, différentes théories, neurogène, neuro-humorale, allergique, toxique ont été invoquées. Les accidents thérapeutiques observés chez l'homme comportaient également des ulcérations multiples et superficielles semblables aux ulcérations expérimentales.

L'ulcère provoqué par le cincophène chez le chien d'un intérêt pratique immédiat moins grand que les précédents nous retiendra en revanche par son intérêt doctrinal. Découvert fortuitement par CHURCHILL et VAN WAGONER qui étudiaient en 1932 la toxicité du produit, repris par STALKER, BOLLMANN et MANN en 1937, il a fait l'objet d'une étude d'ensemble par IVY et GROSSMAN en 1950. Le déroulement cyclique des lésions est remarquable. Une première gastrite érosive et hémorragique aiguë se produit dès le 3ème jour de l'expérimentation et se continue une semaine. Les érosions sont nombreuses, superficielles, de forme linéaire. Au cours de la seconde semaine les lésions se nettoient, perdent leur caractère hémorragique et une gastrite ulcéreuse pure est réalisée dont les éléments dépassent exceptionnellement le plan de la muqueuse. A cette gastrite ulcéreuse va succéder à la troisième semaine un ulcère le plus souvent unique électivement situé dans la région pyloro-duodénale qui prend si on continue l'expérimentation un aspect chronique, sa constitution pouvant être perturbée par une hémorragie ou une perforation. Il faut donc souligner que sur le plan expérimental on a la preuve de la succession possible d'ulcérations aiguës superficielles multiples à des lésions profondes focales, uniques ou peu nombreuses, chroniques. Une réserve importante doit être faite, aucune filiation n'a pu être établie sur le plan histologique entre les lésions aiguës superficielles et les lésions chroniques profondes; mais aussi aucune observation ne permet non plus d'infirmer à priori une telle filiation dans ce cas particulier. Chez le rat, une gastrite érosive est également observée mais le passage à l'ulcère chronique ne peut être obtenu.

La pathogénie des ulcérations au cincophène demeure discutée surtout dans l'importance respective des multiples composantes pressenties : Il y a

.../.

en effet une action double sur les sécrétions digestives et sur la résistance de la muqueuse gastrique. Le mécanisme du passage à une lésion focale chronique chez le chien seulement reste obscure mais sa constatation seule est déjà riche de signification.

En ayant tenté de dégager quelques uns des faits qui nous ont paru les plus saillants nous ne reviendrons pas sur les ulcérations provoquées par l'histamine, l'aspirine, la caféine, la reserpine et d'autres encore, intéressant également les gastrites ulcéreuses.

Nous n'avons pas abordé lors de l'étude de l'anatomie pathologique des ulcérations gastritiques, leur comparaison avec les ulcérations expérimentales en particulier celles d'origine médicamenteuse et les ulcérations humaines accidentelles d'origine thérapeutique . Il n'est pas possible de reprendre ici en détail cette comparaison dans chaque cas particulier mais du point de vue très important de l'extension en profondeur il a été noté le caractère superficiel des ulcérations expérimentales qui sont le plus souvent muqueuses, soit également sous-muqueuses mais respectent la musculeuse sauf exception rare. De plus, il s'agit toujours, excepté la dernière que nous venons de voir, d'ulcérations aiguës sans phénomènes de sclérose et donnant volontiers un aspect taillé à l'emporte pièce. Enfin des phénomènes nécrotiques ou infarctoïdes sont souvent notés, une participation vasculaire importante apparaissant dans leur formation. On peut remarquer que ces mêmes caractères superficiel et aigu, l'existence aussi de phénomènes escarrotiques ou infarctoïdes ont été retrouvés dans les gastrites ulcéreuses des cirrhotiques par POTET en dehors de tout traitement par les dérivés cortisoniques, ainsi qu'il a été vu.

En conclusion, il convient en pendant aux ulcères de sortie de substituer en grande partie la notion de gastrite ulcéreuse expérimentale à celle d'ulcère expérimental. Si ces gastrites ulcéreuses expérimentales sont loin d'éclairer parfaitement la pathogénie des gastrites ulcéreuses cliniques, et nous n'avons pu dans le cadre étroit de ce chapitre analyser les théories émises à propos de chacune d'elles, leur proximité des gastrites cliniques, de même qu'avec certains accidents thérapeutiques, accroit leur portée qui ne se mesure pas en fonction de l'ulcère de CRUVEILHIER seulement. Ces

.../.

gastrites ulcéreuses expérimentales font des gastrites ulcéreuses cliniques une affection particulièrement intéressante et privilégiée sur le plan de la biologie et de la pathologie comparée et ceci, compte tenu des difficultés de leur délimitation, apporte une justification supplémentaire à leur étude d'ensemble telle qu'elle nous a été tracée par le Pr. DEBRAY.

-:-:-:-:-:-

D I A G N O S T I C

Une rubrique aussi importante ne peut être passée sous silence, il semble pourtant qu'il soit impossible de lui donner un développement traditionnel qui restat conforme à la pratique quotidienne. L'identification d'une gastrite ulcéreuse reste réservée à la gastroscopie après être passée par deux étapes préparatoires : l'intérrogatoire et l'examen radiologique. L'interrogatoire est assurément ici comme dans toute la pratique gastro-entérologique du plus haut intérêt, étant susceptible d'avoir une valeur d'orientation, à la condition d'être conduit d'une façon exigeante, précise et méthodique. Il parvient dans le plus grand nombre des cas à soupçonner le niveau gastrique des troubles ressentis, et souvent leur nature gastritique probable, mais il ne permet jamais de déterminer si cette gastrite éventuelle comporte ou non des ulcérations. Il sera déjà en général malaisé d'éliminer formellement une hernie hiatale s'il s'agit de brûlures et un ulcère pour peu que les troubles affectent ou semblent affecter une intermittence assez franche si non une véritable périodicité. Ce n'est que dans les éventualités les plus suggestives qui peuvent être schématisées par des brûlures épigastriques post-prandiales sans périodicité et soumises à des influences alimentaires accompagnées d'un amaigrissement marqué qu'une telle affection peut être pressentie avec bonheur tout en exposant à des surprises. Dans les cas encore favorables on aboutit à la présomption d'un processus gastritique assez intense à laquelle des renseignements étiologiques tels que l'éthylisme, le tabagisme, une hygiène alimentaire défectueuse peuvent aider, et il faut insister sur la difficulté de discerner les éléments d'une symptomatologie cardiale, dont la fréquence a été mise en lumière par Ch. DEBRAY, d'une symptomatologie gastritique propre, les deux étant souvent intriqués de surcroit. La symptomatologie des gastrites et en particulier de celles qui nous occupent a des points communs avec celles des trois plus fréquentes affections gastriques : Hernie hiatale, ulcère et cancer sans avoir des caractères distinctifs formels avec aucune de celles-ci.

-:-:-:-:-:-:-

La radiologie qui constitue la seconde étape préparatoire indispensable au diagnostic doit être bien considérée comme telle mais à l'inverse de la précédente elle peut néanmoins dans certains cas exceptionnels de gastrites en ventouses de poulpe permettre à elle seule le diagnostic. Nous avons insisté au chapitre consacré à la radiologie sur ces images dont FELCI a donné récemment une analyse approfondie appuyée sur des exemples typiques. Elles permettent dans certains cas privilégiés de voir la traduction radiologique de la petite ulcération au sommet du pseudo-polype.

En revanche les aspects dentelés les plus suggestifs de la petite courbure, d'observation beaucoup plus courante ne peuvent apporter qu'une présomption et ne permettent jamais à eux seuls d'affirmer sans l'appui d'une gastroscopie qu'il s'agit bien d'une gastrite ulcéreuse. Exposant ainsi à des erreurs par excès, la radiologie expose beaucoup plus à des erreurs par défaut. Elle doit être considérée comme un temps préparatoire susceptible de révéler une autre affection qui peut d'ailleurs être associée à une gastrite ulcéreuse, et elle précise en outre la morphologie gastrique en vue de la gastroscopie, enfin elle apporte dans les cas les plus favorables une présomption ou confirme un éveil donné par l'interrogatoire.

-:-:-:-:-:-:-

Il est inutile de revenir ici sur le tubage gastrique et la biopsie muqueuse, ces explorations peuvent être précieuses pour éclairer certains aspects fonctionnels ou histologiques d'une gastrite ulcéreuse reconnue et nous avons vu dans quelle mesure,mais demeure d'aucune utilité diagnostique en l'absence d'un contexte gastroscopique. Nous ne pouvons aborder ici que quelque uns des aspects théoriques de ce diagnostic dont la pratique ne se conçoit évidemment qu'éclairée par une expérience à la fois personnelle et directement transmise. Néanmoins, la lecture des rapports d'examen apporte un reflet fidèle des difficultés rencontrées par l'endoscopiste et des hésitations qui en ont résulté. A dessein, toutes les observations où persistait

.../.

une incertitude ont été exclues de cette thèse pour ne conserver que celles susceptibles de fournir une participation constructive. Environ cinquante observations sur la totalité des examens gastroscopiques faits aux Hôpitaux de Vaugirard et de Bichat ont été ainsi rejetées ce qui permet d'apprécier la relative fréquence des difficultés diagnostiques rencontrées en gastroscopie qui atteignent donc 20 % des cas.

Ces difficultés peuvent être résumées en deux questions qui évidemment s'excluent :

1°/ Existe-t-il bien des ulcérations gastriques ?

2°/ L'ulcération ou les ulcérations observées sont-elles bien de nature gastritique ?

La première question se pose fréquemment, elle concerne la majorité des observations que nous avons rejetées et ce, qu'une seule ou surtout de multiples ulcérations très légères aient été soupçonnées par l'endoscopiste sans qu'il puisse obtenir une certitude sur leur existence. Cette difficulté revêt deux aspects principaux, il peut s'agir en effet d'érosions extrêmement superficielles et très petites dont le fond détergé demeure sensiblement de la même couleur que la muqueuse saine et sont de ce fait très difficiles à distinguer, mais plus souvent l'endoscopiste observe un enduit abondant et des dépôts pultacés sous lesquels il est très difficile de discerner s'il existe ou non une très légère perte de substance, cette dernière forme du dilemme étant la plus fréquente.

Ce n'est pas seulement une difficulté pratique que nous touchons ici mais aussi une difficulté théorique majeure dans l'étude des gastrites ulcéreuses et le point faible de la définition que nous avons proposée. En effet il est très souvent observé à la biopsie muqueuse une gastrite épithéliale et nommément une épithélite érosive sans qu'aucune ulcération n'ait été décelée à la gastroscopie, ces gastrites epithéliales sont ainsi exclues des gastrites ulcéreuses suivant la définition que nous avons adoptée. Qu'il soit rappelé que cette éventualité très fréquente l'est particulièrement au cours des gastrites éthyliques banales où se joint volontiers une gastrite interstitielle. (DEBRAY, LAUMONIER, MARTIN). Il est loisible dans ces cas d'observer des manifestations endoscopiques de gastrite autres que des

.../.

ulcérations. Or, nous remarquons que ces lésions histologiques d'épithélite érosive sont les mêmes que les stades initiaux des érosions gastritiques que nous avons rapportées au moment de leur description anatomopathologique, d'autre part, ces mêmes lésions sont retrouvées ainsi que nous l'avons vu à la fin de ce même chapitre à la biopsie muqueuse des gastrites ulcéreuses. Nous avons vu aussi lors de l'étude de l'évolution que les ulcérations pouvaient apparaitre et disparaitre à des gastroscopies successives alors que persistait un état gastritique permanent aussi bien endoscopique qu'histologique. Enfin il est très difficile de présumer devant beaucoup d'érosions histologiques si elles sont visibles ou non en gastroscopie et certains phénomènes contingents, tels que la constitution d'un dépôt leucofibrineux superficiel, peuvent jouer un rôle déterminant dans la visibilité de certaines érosions indépendamment de leur profondeur sans avoir pour autant une quelconque signification. On voit donc qu'il entre une grande part d'arbitraire dans la distinction que nous avons été amenés à faire entre les érosions purement histologiques et les érosions endoscopiquement visibles définissant la gastrite ulcéreuse. De ceci il résulte que la question se pose du bien fondé de la distinction même parmi les différentes gastrites des gastrites ulcéreuses ne comportant que des érosions très superficielles correspondant au premier groupe, le plus nombreux, de nos observations.

La réponse à cette question doit être entrevue dans une amélioration des techniques d'exploration et d'étude, c'est pourquoi en définitive, au delà de cette difficulté, nous pensons que la définition endoscopique des gastrites ulcéreuses demeure valable ainsi que la façon de les envisager qui en résulte. Cette amélioration des techniques ne réside pas seulement en un progrès des systèmes optiques employés, mais éventuellement dans la mise en oeuvre d'un dispositif de détersion de la paroi gastrique qui permettrait d'éliminer des dépôts qui la recouvrent en appréciant en même temps leur degré d'adhérence, (dispositif dont l'opportunité a soucié le Pr. DEBRAY) et peut-être aussi dans la poursuite de l'étude histologique des régions gastritiques et du voisinage immédiat des ulcérations grâce aux progrès de la gastro-biopsie dirigée. Il ne s'agit là que de directions possibles,

.../.

des évènements incidents pouvant éclairer ce problème d'un jour différent, mais on ne saurait rejeter à priori la possibilité d'une correspondance plus étroite entre les données de l'endoscopie et de l'étude histologique qui se situerait dans la direction même de l'ensemble des travaux déjà poursuivis par le Pr. DEBRAY, le Pr. LAUMONIER et le Dr. MARTIN, et permettrait de définir d'une façon plus précise le moment ou l'ulcération devient endoscopiquement visible.

On voit que les problèmes théoriques sont étroitement liés aux problèmes de diagnostic pratique d'où nous sommes partis et auxquels nous revenons avec la deuxième question qui les résume à savoir la détermination de la nature gastritique d'une ulcération observée.

Bien que cette question se pose de façon moins fréquente que la première venant d'être vue, elle n'a pu être résolue une dizaine de fois environ dans les observations envisagées. Il s'agit avant tout des cas où une seule ulcération est observée ou parfois un très petit nombre en particulier lorsqu'elles sont très voisines les unes des autres. En effet lorsque les ulcérations sont tant soit peu nombreuses seule la distinction entre un ulcère et un aspect plus profond de l'une d'elles peut entraîner une difficulté, (obs. 204 - 205 et 208). Mais en effet il s'agit moins d'un problème de diagnostic que d'une appréciation qualitative, d'ailleurs importante, en vertu de ce qui a été dit au sujet des rapports entre les gastrites ulcéreuses et l'ulcère. En revanche le diagnostic d'une ulcération gastritique isolée peut se poser d'une part avec l'ulcère, d'autre part avec le cancer débutant. Il n'est pas rare en effet qu'il soit difficile de dire si on se trouve devant une ulcération gastritique ou un ulcère en voie de cicatrisation. Et nous remarquons au passage que c'est pour éviter toute discussion pathogénique que le diagnostic n'est envisagé avec l'ulcère que dans cette direction de son évolution; rien au cours d'une observation isolée, sur le plan strictement visuel ne permettrait d'écarter à priori l'évolution en sens inverse, si une telle supposition n'était contraire à des notions tenues pour acquises d'autre part; enfin, il pourrait encore s'agir d'une ulcération résiduelle entre deux poussées ulcéreuses. Il arrive aussi que soit notée une ulcération gastrique dans la région où a siégé anciennement un ulcère.

.../.

Le partage entre les deux types de lésions est donc encore sous cet aspect délicat. Il ne dépend pas seulement d'arguments endoscopiques, la notion par exemple d'une période ulcéreuse typique récemment amendée, plaide évidemment pour un ulcère en voie de cicatrisation. Parmi les arguments endoscopiques, il en est d'adjacents à la lésion même, la constatation de signes de gastrite diffus tels que la rougeur de la paroi, un état mamelonné, l'hypertrophie des plis sans convergence de ceux-ci vers la lésion sont plus en faveur d'une ulcération gastritique. Les éléments d'un diagnostic aussi subtil échappent à toute schématisation, il faut surtout en retenir une nouvelle illustration très différente de celle qui a déjà été vue mais non étrangère cependant à celle-ci, de l'intrication profonde entre les phénomènes qui président à la formation des ulcérations gastritiques et des ulcères.

Le diagnostic entre l'ulcération gastritique et le cancer débutant est en revanche d'une importance pratique immédiate qu'il est superflu de souligner. Ch. DEBRAY, LAUMONIER et HOUSSET ont défini avec précision les données de ce problème. Il peut s'agir d'une érosion d'aspect banal qu'elle soit plate ou aphtoïde et rien ne permet de trancher à priori entre ulcération gastritique unique, ulcère en voie de guérison, et néoplasme au début. C'est alors à la clinique, à la confrontation radiologique, à la tournure que prend l'évolution dans un délai raisonnable avec vérifications radiologiques et gastroscopiques d'apporter la réponse. Ailleurs et le plus souvent des caractères très particuliers qu'on recherchera systématiquement avec soin devant toute ulcération isolée permettent de soupçonner sa nature néoplasique. D'abord plus qu'une ulcération gastritique isolée c'est l'ensemble formé par deux ou trois petites ulcérations très voisines séparées par un pont de muqueuse étroit ce pont de muqueuse n'ayant pas un aspect tout à fait normal, qui est suspect et ceci est important. Le dessin irrégulier, anfractueux des bords de l'ulcération, qui portent quelquefois des mamelons rouges en tête d'épingle, est un second point important. Enfin une certaine raideur de la paroi à la base de ces ulcérations et parfois un aspect particulier du plissement en massue au voisinage constituent des signes d'une grande valeur.

.../.

Mais ces attributs plus ou moins nets de l'érosion cancéreuse ne constituent pas son seul aspect caractéristique, celui de "taches d'un blanc sale et mat" à bords flous cette fois, de dimensions variables, très peu déprimés en leur centre, est également suspect (Ch. DEBRAY). Dans les cas difficiles il est légitime de s'aider d'un test évolutif sous traitement anti-gastritique intense durant un temps raisonnable avec vérification à la fois radiologique et endoscopique à la fin du traitement. On aura parfois la surprise comme dans une de nos observations de voir s'effacer une lésion suspecte. La gastro-biopsie dirigée n'aurait de valeur que positive. C'est évidemment son indication idéale mais ceci est encore du domaine de la recherche.

En conclusion de ce chapitre nous soulignerons la dualité de l'intérêt qu'il présente. Cet intérêt est en effet pratique ainsi que nous venons de le voir à l'instant et théorique puisqu'il amène à envisager le problème de la délimitation des gastrites ulcéreuses de façon rigoureuse.

-:-:-:-:-:-:-

THERAPEUTIQUE

Aborder ce chapitre ne se conçoit qu'en admettant le diagnostic bien établi. C'est dire que non seulement la radiologie aura été mise en oeuvre pour éliminer d'autres affections gastriques mais encore qu'une gastroscopie aura révélé l'existence d'ulcérations gastritiques. Cette constatation d'ulcérations gastriques superficielles implique-t-elle des mesures thérapeutiques particulières ? Autrement dit le traitement des gastrites ulcéreuses se distingue-t-il de celui des gastrites en général ? Telles sont les questions qui se posent alors immédiatement.

Il peut paraître paradoxal pour un tel sujet de faire allusion de suite aux solutions chirurgicales, pourtant le premier point qui distingue les gastrites ulcéreuses de la plupart des autres gastrites c'est qu'elle peuvent être de ressort chirurgical. En effet alors qu'une telle nécessité est peu concevable pour les autres formes anatomiques de gastrites, la crainte d'une affection néoplasique concomitante étant exclue, de même que l'éventualité d'un accident hémorragique, la gastrite ulcéreuse peut de façon rapide et impérative réclamer une gastrectomie. Il en est quelques exemples parmi les observations rapportées dont la principale. Mais un corollaire doit immédiatement suivre cette proposition à savoir que la décision d'une intervention chirurgicale n'est justifiée qu'après l'échec vérifié d'un traitement médical bien conduit et surveillé. En effet, quelle que soit l'inquiétude que peuvent faire naître à juste titre certains aspects de gastrites ulcéreuses vus pour la première fois, la mise en oeuvre d'un traitement médical en milieu hospitalier où une perforation même insidieuse ne peut être décelée trop tard, s'impose avec évidence. Nous avons donc défini l'indication chirurgicale majeure des gastrites ulcéreuses, ce sont les cas où sont observées des ulcérations multiples dont certaines, revêtant l'aspect de l'ulcère vrai, menacent par leur profondeur et les attributs de leur évolutivité, d'aboutir à une perforation, et ceci après avoir résisté à un traitement médical correct. Seule une gastrectomie partielle quelle que soit l'étendue des lésions est alors de mise. Elle est d'ailleurs suffisante et l'évolution des cas opérés parmi les observations du Pr. DEBRAY a été

.../.

favorable. Si d'autres indications chirurgicales sont encore concevables, elles résultent de cas particuliers où des considérations sociales et de surveillance peuvent entrer en jeu, elles ne sauraient être édictées de façon précise et demeurent des faits d'exception.

Le traitement médical est donc toujours de mise lors de la découverte d'une gastrite ulcéreuse en dehors d'une complication déclarée. Une deuxième particularité marque alors les gastrites ulcéreuses parmi les autres gastrites, elle ne réside pas dans les moyens du traitement mais dans la nécessité de la rigueur de celui-ci; l'existence d'ulcérations gastritiques qu'elle soit ou non l'expression exclusive de la gastrite, pouvant être considérée comme le témoin d'un certain degré d'intensité atteint par l'affection, quelle que soit l'importance de son expression fonctionnelle.

On peut distinguer dans le traitement médical ses intentions et ses moyens. Ses intentions peuvent être soit de prétendre à une visée étio-pathogénique soit de se contenter d'être symptomatique. Ses moyens sont triples : prescriptions hygiéno-diététiques, médicaments d'action locale nécessairement pris per os, médicaments d'action générale administrés soit également par la bouche, surtout par voie parentérale. Toute gastrite ulcéreuse nécessite la mise en oeuvre des trois moyens, en particulier l'utilisation de la voie parentérale est indispensable.

En ce qui concerne les intentions du traitement, les incertitudes relatives à la pathogénie des gastrites ulcéreuses jointes à la complexité évidente de celle-ci de même qu'à sa multiplicité probable laissent prévoir notre brièveté sur ce point. En pratique le traitement étio-pathogénique se limite à quelques mesures qui néanmoins ne devront jamais être négligées. D'abord des prescriptions hygiéno-diététiques : suppression de l'usage du tabac, des alcools, des aliments épicés,acides et irritants, suppression évidemment d'un aliment reconnu à bon escient comme néfaste qu'un mécanisme allergique ou non puisse être soupçonné. Arrêt de l'administration surtout par voie buccale de médicaments offensifs toutes les fois que cette mesure est possible, les plus importants étant les corticoïdes, la phénylbutazone, l'aspirine, le cincophène, la reserpine mais beaucoup d'autres drogues à longue échéance peuvent avoir une action néfaste tels que les modificateurs

.../.

de l'acidité gastrique, une enquête soigneuse sur les habitudes du malade sera donc faite. Enfin deux mesures qui risquent d'être négligées gardent toute leur importance : la mise en état d'une denture défectueuse dans le double but de supprimer des foyers infectieux et de faciliter la mastication, d'autre part le traitement d'infections chroniques des voies aériennes supérieures entraînant la déglutition de sécrétions purulentes. Quant à la thérapeutique désensibilisante dans l'hypothèse d'une étiologie allergique, elle demeure extrêmement difficile et il est admis d'autre part que les anti-histaminiques sur lesquels nous reviendrons ont un mécanisme d'action autre que leur action anti-histaminique proprement dite. Néanmoins à ce propos l'intérêt du complexe gamma-globuline-histamine dans les cas où le pouvoir histaminopexique du serum est nul ou très diminué paraît certain.

Le traitement symptomatique constitue donc l'essentiel. Parmi les mesures hygiéno-diététiques, quelques unes viennent d'être vues, elles sont très voisines de celles recommandables aux ulcéreux, mais sont peut-être plus impérieuses; il faur encore mentionner la diminution des conserves salées, des graisses cuites, des légumes comportant une cellulose grossière. Néanmoins il est important que le régime demeure suffisant sur le plan énergétique et bien équilibré, on a vu en effet l'action cachectisante très particulière aux gastrites ulcéreuses. Nous rappelons à ce propos que P. HOUSSET insiste sur la fréquence des dyspepsies dont la majorité correspondent à des gastrites diverses dans la pathologie du travail d'usine où les travailleurs sont contraints à des horaires variant de façon cyclique et utilisent des mets réchauffés. MOUTIER et CORNET rappellent aussi l'importance d'un repos suffisant, il faut à ce propos préciser que les gastrites ulcéreuses graves réclament au même titre qu'une poussée évolutive ulcéreuse le repos complet.

Les médications d'action locale groupent les pansements et les anti-gastritiques. Ils doivent être toujours associés. Les pansements sont d'un inventaire rapide, ce sont les différents sels de bismuth et surtout les gels d'alumine auxquels on joint avec profit les alcalinisants : le carbonate de chaux ou la magnésie calcinée. La préparation magistrale suivante :

.../.

Carbonate de bismuth	40 gr.
Craie préparée	40 gr.
Magnésie calcinée	20 gr.

est d'un emploi très commode. C'est la poudre alcalino-bismuthée à laquelle il est fait allusion dans les observations.

Certains auteurs,dont LAFITTE, préfèrent systématiquement les gels d'alumine au bismuth estimant qu'ils ont une action plus favorable, ils voient même dans ce fait une marque différentielle entre les gastrites et l'ulcère. MOUTIER insistait déjà sur la résistance de la douleur gastritique au bismuth mais il n'y a rien là d'absolu.

Les médicaments anti-gastritiques comprennent le collargol, la réglisse, les anti-histaminiques.

Le collargol a été longtemps considéré comme le médicament anti-gastritique majeur et le traitement spécifique des gastrites ulcéreuses. BELLIN le propose même dans sa thèse comme un bon test diagnostique des gastrites ulcéreuses, des douleurs épigastriques résistant au traitement anti-ulcéreux habituel alors qu'elles cèdent rapidement à la prise de collargol ayant beaucoup de chances de provenir d'une gastrite ulcéreuse. Cette drogue a été utilisée par SCHINDLER, GUTMANN, MOUTIER et ses élèves. On conseille l'emploi d'une solution 1 ou 2 pour 300 à la dose de 5 à 15 ml avant chaque repas. L'efficacité remarquable de cette médication n'est pas exempte d'inconvénients. Le principal de ceux-ci est le risque d'argyrisme se traduisant par une pigmentation indélébile du visage lorsque les cures sont trop prolongées ou répétées à intervalles insuffisamment éloignés. Si on songe à l'évolution très chronique de certaines gastrites ulcéreuses, à leur tendance à la récidive, leur caractère souvent très douloureux, le risque venant de l'indocilité du malade et d'un abus spontané par celui-ci, se révèle assez grand. De ce fait, LAFITTE, CATTAN et SIGUIER le proscrivent de façon formelle. Il a encore néanmoins été utilisé dans quelques unes des observations rapportées ici, il doit de toutesfaçons être réservé à des malades attentifs, compréhensifs et dociles, bien avertis de cet inconvénient; il peut dans ces conditions, lorsqu'il s'agit de cas rebelles rendre d'appréciables services. Son administration de toutes façons ne dépassera pas quinze jours de suite et restera exceptionnelle.

La réglisse et les anti-histaminiques sont de toutes façons préférables (Pr. DEBRAY) , la réglisse est d'un emploi aujourd'hui très large

.../.

on peut prescrire soit la poudre de réglisse à la dose de 20 gr. par jour, ou une des différentes spécialités pharmaceutiques contenant essentiellement cette drogue. Au cours de traitements prolongés la réglisse est susceptible de provoquer des oedèmes et même chez certains sujets prédisposés ceux-ci peuvent apparaître rapidement. Ceci a été observé en particulier chez les gastrectomisés mais ce n'est pas exclusif. Le glicyrrhizate d'aluminium a les mêmes effets thérapeutiques et ne provoque pas d'oedèmes. La réglisse n'est pas douée seulement d'une action locale découlant de son pouvoir tampon et de son effet trophique mais a aussi une action anti-spasmodique et anti-histaminique.

L'anti-histaminique de beaucoup le plus utilisé dans le traitement des gastrites est la prométhazine sous forme de sirop. Cette préparation a été introduite dans la thérapeutique des gastrites par DEBRAY, HAMBURGER et HALPERN en 1946. Le Pr. DEBRAY est revenu depuis sur l'intérêt de cette médication. Elle a été donnée avec succès dans toutes les observations récentes reproduites ici. La dose habituelle est d'une cuillerée à soupe par jour le soir au coucher du sirop dosé à 1 mg. par ml.; ce qui fait environ 15 mg. par jour. En raison des propriété sédatives de ce médicament la prescription le soir au coucher est très indiquée.

Les anti-spasmodiques doivent être adjoints aux pansements et aux anti-gastriques mais leur effet est ici beaucoup moins net que dans l'ulcère vrai. Ce sont essentiellement d'une part les vagolytiques naturels donc avant tout la belladone, la jusquiame et le sulfate d'atropine, d'autre part différents anti-spasmodiques de synthèse n'ayant pas les effets secondaires des précédents.

A ces différentes thérapeutiques une médication parentérale sera toujours associée dans le cas d'une gastrite ulcéreuse, on a vu en effet qu'il s'agissait toujours d'une affection sérieuse, tenace, susceptible de retentir fâcheusement sur l'état général, et de donner lieu à des complications graves. Les médications parentérales sont les mêmes que celles de l'ulcère et on peut les classer en médications de choc, eutrophiques généraux et gastriques, anti-infectieux.

.../.

Les médications de choc représentées essentiellement par la peptone de caseine, le lait, les autolysats microbiens, bien que susceptibles de rendre service sont moins indiqués que dans l'ulcère. On rapprochera de ce groupe l'histamine qui a donné quelques résultats intéressants et semble assez indiquée dans ce type d'affection.

Les eutrophiques seront d'un plus large emploi et sont aussi justifiés au cours des gastrites ulcéreuses que des ulcères. Au premier rang de ceux-ci figure la vitamine C à fortes doses 1 à 2 gr. facilement associée au sulfate d'atropine. La plupart de nos observations ont bénéficié de cette thérapeutique très employée par le Pr. DEBRAY. Les complexes ferrico-ferroso-sodiques peuvent être rapprochés de la vitamine C. Le chlorhydrate d'histidine a un effet analogue.

Les antibiotiques, en particulier la pénicilline associée à la streptomycine, a été proposée dans certains cas par MOUTIER et CORNET.

Enfin d'autres traitement vitaminiques, hormonaux, anti-infectieux ont encore été proposés. Quelques observations mentionnent l'administration avec succès d'une solution diluée d'hydrocortisone par voie buccale, il s'agit de cas particuliers ne permettant pas encore une généralisation des conclusions. L'acide chlorhydrique officinal d'usage classique a été prescrit dans quelques cas et semble-t-il parfois avec succès, une telle prescription devrait s'appuyer sur la notion d'une hypochlorhydrie certaine, celle de dyspepsie de type hyposthénique avec pesanteurs et flatulences étant très insuffisante et trompeuse.

En pratique, toute gastrite ulcéreuse implique l'usage de pansements, soit poudre alcalino-bismuthée en prescription magistrale, soit volontiers pour certains auteurs des gels d'alumine à prendre avant les repas et au besoin au moment des douleurs; à ces pansements seront associés alternativement ou simultanément la réglisse et le sirop de Prométhazine, enfin une série d'injections endo-veineuse de vitamine C associée à l'atropine par exemple à raison de trois ou quatre injections par semaine ou d'une injection quotidienne dans les cas graves.

Ce traitement d'attaque durant un mois sera consolidé par un traitement d'intretien prolongé de plusieurs mois comportant surtout pansements et anti-gastritiques appuyés de quelques injections espacées. En cas d'échec de ces médications d'autres peuvent être choisies parmi celles que nous

.../.

venons d'énumérer.

Enfin en dehors des phases aiguës le malade pourra bénéficier d'une cure thermale. Les eaux bicarbonatés sodiques sont les plus indiquées en premier lieu celles de Vichy. Leur action remarquable a été observée par L. JUSTIN BESANÇON, DEBRAY et CORNET, leur mode d'action n'est pas uniquement chimique mais complexe avec un effet excitant du gaz carbonique sur le pneumogastrique, un effet eutrophique et anesthésiant de ce même gaz sur la muqueuse gastrique. Néanmoins en matière de gastrite ulcéreuse il ne peut s'agir que d'un traitement de fond, d'entretien et de consolidation en dehors de toute poussée aiguë ou subaiguë relevant ainsi qu'il a été dit d'un traitement médical multiple et intensif.

-:-:-:-:-:-

OBSERVATIONS

Les gastroscopies des observations présentées ont été faites soit par Mr. le Pr. DEBRAY lui-même soit par les Dr. HOUSSET et BOURDAIS ses élèves, nous bénéficions ainsi d'une grande unité d'interprétation et de technique, néanmoins l'auteur a été mentionné toutes les fois qu'il a pu être retrouvé.

Le gastroscope bien connu, présenté par ces auteurs dans la littérature a donc été utilisé de façon constante dès son apparition.

Les gastroscopies ont été faites constamment suivant les mêmes modalités : pré-anesthésie par voie parentérale comportant sédatifs et spasmolytiques, anesthésie locale au porte-coton, passage systématique préalable d'une sonde de Camus, même lorsque cette manoeuvre n'est pas mentionnée explicitement, ceci permettant éventuellement l'aspiration du liquide résiduel intra-gastrique, l'introduction de silicone, et facilitant les manoeuvres d'insufflation.

Ces observations ont trois provenances : observations personnelles de Mr. le Pr. DEBRAY, observations des consultations d'endoscopie des hopitaux de Vaugirard et Bichat. Elles couvrent au total une période de vingt ans.

Nous les avons divisées d'une façon qui s'efforçait d'être significative plutôt que d'obéir à un classement de fait sans intérêt propre - tels que ceux dérivant de la chronologie, du lieu d'origine, ou du nom du malade - en restant le plus près possible des faits observés.

Il nous a paru s'isoler six groupes d'observations :

1°) Les différentes variétés de gastrites ulcéreuses et mamelonnées. Observations 1 à 86.

2°) Les gastrites en ventouse de poulpe. Observations 87 à 98.

3°) Les gastrites aphtoïdes. Observations 99 à 119.

4°) Les gastrites limitées à différentes régions de l'estomac ne comportant qu'une seule ou quelques ulcérations. Observations 120 à 178.

5°) Observations illustrant les rapports entre gastrite ulcéreuse et ulcère de l'estomac envisagés sous leurs différents aspects du point de vue endoscopiqu Observations 179 à 221.

6°) Cas particuliers : aspects rares, gastrites sur estomac opéré, sur hernie hiatale, d'étiologie particulière. Observations 222 à 266.

1er GROUPE D'OBSERVATIONS
GASTRITES MAMELONNEES ET ULCEREUSES

Dans ce groupe ont été rassemblées les observations de gastrites mamelonnées, à gros plis généralement visibles en radiologie, prédominant le plus souvent sur la face postérieure du corps de l'estomac, comportant des ulcérations discrètes plus ou moins nombreuses très superficielles. Ces ulcérations sont pour la plupart des érosions, et le terme de gastrite mamelonnée et érosive serait plus exact , elles revêtent soit un aspect fissuraire , en particulier lorsqu'elles siègent dans les sillons séparant les mamelons, soit un aspect étoilé, soit les deux aspects associés, seuls ou avec d'autres aspects moins habituels, arrondis ou punctiformes en particulier. Nous donnons successivement des exemples de ces différents types de gastrite et d'autres exemples comportant des ulcérations d'un aspect plus rare mais semblant avoir la même signification : ulcérations encochant les plis, ulcérations en coup d'ongle, en demi-lune, exemples auxquels nous joignons des observations où les ulcérations ont été l'objet d'une description particulière. Enfin dans une dernière série sont groupées les observations où les ulcérations n'ont pas été définies.

Dans ces différents cas, les ulcérations ne sont qu'une des expressions plus ou moins importante de la gastrite.

Nous réservons une place à part, faisant l'objet d'un second groupe, à la gastrite dite "en ventouse de poulpe" bien qu'elle soit un aspect très particulier de gastrite également mamelonnée et ulcéreuse, mais qui mérite d'être séparé en raison de son individualité endoscopique, puisque c'est de ce point de vue nous nous plaçons constamment au cours de cette étude en partant de la définition même, la seule possible, des gastrites ulcéreuses.

OBSERVATIONS DE GASTRITES MAMELONNEES COMPORTANT DES ULCERATIONS DE TYPE FISSURAIRE.

-:-:

Obs. 1 - Gastrite oedémateuse et ulcéreuse fissuraire de la face postérieure du du corps de l'estomac.

M.N..., agé de 46 ans, du personnel hospitalier est vu le 15 novembre 1952 à l'hopital de Vaugirard.

Sur les RADIOGRAPHIES énormes plis de la courbure verticale. Il n'y a pas de rigidité. La petite courbure opposée est normale et l'impression radiologique es celle d'une gastrite très importante.

GASTROSCOPIE. Toute la face postérieure est occupée par une gastrite marquée par d'énormes plis oedémateux et rouges très saillants, presque au contact de l'objectif avec ça et là quelques ulcérations fissuraires à fond pseudo-membrane Pas de rigidité, mais noter toutefois un saignement assez important diffus inhabituel dans une gastrite. Sur la grande courbure les plis sont moins volumineux. Sur la face antérieure visibilité vasculaire très nette en amont du milier antérieur. Le sphincter et lapartie proximale de l'antre sont normaux.
Conclusion. Intense gastrite oedémateuse et ulcéreuse de la face postérieure

Une biopsie a été faite sous le contrôle du gastroscope dans la région altérée de la face postérieure du corps. Trois fragments sont étudiés. Ils appartiennent tous trois à la muqueuse fundique et sont le siège d'une gastrite interstitielle plasmocytaire importante.

Obs. 2 - Syndrome ulcéreux ancien de deux ans résistant au traitement . Images radiologiques de gastrite. Erosion fissuraire antrale, avec une autre ulcération au voisinage au sommet d'un des gros plis. La biopsie muqueuse confirme la gastrite. Une gastroscopie de contrôle est faite 8 mois après vérifiant l'absence de lésion antrale maligne.

M.L..., agé de 49 ans, chef d'atelier, est envoyé par le Pr. ROUX le 17 octobre 1953. Il a souffert d'un syndrome ulcéreux ancien de deux ans dont les douleurs post-prandiales tardives sévissant par périodes de 3 à 4 mois, sont calmées par l'alimentation de façon passagère mais résistent dans l'ensemble au traitement ulcéreux habituel. En juillet 1953 . intervention, elle n'a trouvé qu'un oedème de l'antre mais pas d'ulcère, les radiographies de cette époque ne montraient d'ailleurs que des déformations antrales d'allure gastritique et des spicules de la petite courbure verticale. Actuellement il souffre peu. Il s'agit d'un fumeur

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE montre un antre achalasique, avec de gros plis verticaux et peut-être une niche sous-angulaire sur un cliché de face. Sur les cliché pris après banthine on note la persistance des signes d'antrite, une rétraction de la petite courbure horizontale un dégradé de la petite courbure verticale.

GASTROSCOPIE. Dans l'antre, qui présente de belles contractions favorable à l'examen, on voit d'énormes plis grossièrement verticaux, sinueux, rouges. Un

de ces plis forme à certains moments une saillie pseudo-tumorale au sommet de laquelle existe sûrement une érosion fissuraire de de 1 cm à bords un peu irréguliers. Il n'y a aucune induration. Une autre ulcération se voit au voisinage de la précédente mais avec muqueuse à peu près normale sur le pont séparant les deux ulcérations. Il n'y a donc pas de soupçon de polymitose dans cet aspect. Il faut noter que l'on observe une invagination duodéno-gastrique marquée, le pylore prenant presque l'aspect d'un museau de tanche quand les contractions lui arrivent. En même temps un reflux bilieux se produit par le pylore. Dans le corps de l'estomac existe une énorme gastrite mamelonnée prédominant sur la petite courbure et la face postérieure et de gros plis cérébroïdes rouges tassés de la grande courbure.

Conclusion : lésions gastritiques intenses, diffuses de tout l'estomac avec aspect pseudo-tumoral de l'antre et gastrite mamelonnée intense du corps.

Un prélèvement biopsique est étudié, il intéresse un fragment de muqueuse fundique amincie avec des glandes atrophiques dont les cellules bordantes sont peu nombreuses. L'épithélium subit une hétérotopie caliciforme sans métaplasie. Le chorion est le siège d'une infiltration lympho-plamocytaire abondante avec légère sclérose. Ce sont les caractères d'une gastrite épithéliale et interstitielle intense subaiguë avec ébauche d'atrophie.

Le malade est revu le 15 mai 1954, une perte de la périodicité douloureuse dans l'année se dégage de l'interrogatoire et malgré les résultats négatifs de la gastrobiopsie et la gastroscopie précédentes on se méfie d'une lésion organique antrale.

2 ème GASTROSCOPIE. La gastrite mamelonnée intense, diffuse, de tout le corps avec accentuation des plis persiste. Le pylore qui est bien vu est normal. Aucune lésion antrale n'est décelable.

Obs 3 - Antécédents ulcéreux. De façon récente brûlures nocturnes. Ulcérations fissuraires du corps de l'estomac accompagnant une gastrite mamelonnée intense.

Mme. D..., agée de 40 ans, a souffert d'un syndrome ulcéreux ayant résisté au traitement médical. Intervention en novembre 1954, l'ulcère parait cicatrisé. Elle souffre de brûlures surtout la nuit, calmées par l'alimentation.

RADIO. - Gros plis, et hernie hiatale très probable.

GASTROSCOPIE le 5 février 1955. La partie basse de l'estomac (pylore, antre, sphincter de l'antre) est rouge, sans anomalie décelable. Dans le corps de l'estomac, on note une gastrite mamelonnée avec de très nombreuses petites ulcérations fissuraires. Sur la face postérieure à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 supérieur, se trouve une vaste dépression en cuvette bordée d'un pli oedémateux dont le fond est très irrégulier avec de gros plis. Dans la région sous-cardiale, la transition

.../...

estomac oesophage s'effectue très progressivement évoquant gastroscopiquement une hernie de l'hiatus oesophagien.

Deux prélèvements biopsiques sont faits.

Etude histologique (Pr. LAUNONIER) Les fragments examinés appartiennent au fundus. Leur système glandulaire est normal avec une répartition satisfaisante des deux types cellulaires. Il n'y a pas de réaction interstitielle au niveau des culs de sac. En revanche le chorion superficiel entre les infundibula, est le siège d'une réaction inflammatoire comportant des petites suffusions hémorragiques et surtout une accumulation de lymphocytes et de plasmocytes. Il s'agit en somme d'une gastrite interstitielle subaïgue très modérée, uniquement cantonnée dans le chorion de surface.

Obs. 4 - symptomatologie fonctionnelle gastritique assez caractéristique. Gastrite mamelonnée très intense du corps avec fissures associées
Un prélèvement du fundus est trouvé histologiquement normal.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE révèle de très gros plis.

GASTROSCOPIE. - L'antre et le pylore n'ont pas été vus car l'angle très oedémateux n'a pu être franchi. Le corps de l'estomac est le siège d'une gastrite oedémateuse et mamelonnée d'une intensité rare, diffuse, s'étendant sur les deux faces et les deux courbures avec entre ces mamelons sur la petite courbure de petites ulcérations fissuraires. Aspect infundibulaire de la région sous-cardiale évoquant la possibilité d'une hernie hiatale.

Obs. 5 - Gastrite hypertrophique et fissuraire à prédominance sous-cardiale simulant un néoplasme.

M. P..., agé de 60 ans, est adressé à la consultation de Vaugirard le 5 mai 1956. C'est un ethylique se plaignant de douleurs épigastriques. En décembre 1955, on aurait songé à l'éventualité d'un cancer de l'estomac.

A L'EXAMEN RADIOLOGIQUE l'estomac est atone, contenant du liquide de stase. Aspect irrégulier de la petite courbure verticale. Image en demi teinte de la partie interne de la poche à air un peu suspecte.

GASTROSCOPIE. - Gastrite extrêmement intense, diffuse déjà visible dans l'antre mais surtout marquée dans le corps. Muqueuse épaisse, oedémateuse, sans être erythémateuse, présentant de gros plis. Dans la région sous-cardiale sur la face antérieure, lésions gastritiques considérables avec érosions fissuraires, très longues, situées dans les sillons recouverts de mucus et de fausses membranes en

flamèche. Mais il n'y a pas d'aspect néoplasique.

Obs. 6 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse fissuraire de la face postérieure du corps découverte chez une malade porteuse d'une hernie hiatale.

Mme. F..., agée de 49 ans, est hospitalisée à l'hopital Bichat. Syndrome fonctionnel de hernie hiatale marqué.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE confirme la hernie hiatale

La GASTROSCOPIE est faite le 12 mai 1956 à l'hopital Vaugirard par le Dr. HOUSSET. Dans le corps de l'estomac, on note d'une part, une gastrite mamelonnée importante de la face postérieure avec d'assez nombreuses petites ulcérations gastritiques fissuraires et d'autre part, au niveau de la face antérieure une gastrite atrophique avec de nombreux vaisseaux visibles. Dans la région sous-cardiale, aspect infundibulaire est observé sans signe caractéristique de hernie hiatale. Il est assez curieux de constater la pauvreté des signes endoscopiques s'opposant à la netteté des images radiologiques. Peut-être s'agit-il d'une hernie intermittente ?

Obs. 7 - Gastrite erythémateuse et mamelonnée du corps de l'estomac. Une ulcération gastritique fissuraire marquée observée sur la petite courbure haute.

M.M..., agé de 42 ans, manoeuvre nord africain, est envoyé à la consultation de gastroscopie de l'hopital Vaugirard par l'hopital Lariboisière le 10 janvier 1957. Il souffre de douleurs épigastriques rythmées par les repas depuis 1955.

RADIO. - Encoche de la grande courbure suceptible de traduire une lésion organique

GASTROSCOPIE. - La muqueuse de l'antre et celle du corps de l'estomac sont le siège d'une gastrite erythémateuse, mamelonnée et ulcéreuse accompagnée d'un oedème important et diffus. En deux ou trois points on note des suffusions hémorragiques de la muqueuse. En outre au niveau de la petite courbure haute ulcération fissuraire assez profonde et d'aspect gastritique. Il est probable que cette ulcération n'est pas isolée mais l'exploration rendue difficile par l'intolérance à l'air n'a pas permis d'en mettre d'autre en évidence.

Obs. 8 - Gastrite ulcéreuse fissuraire.

.../...

M.A..., agé de 45 ans, nord africain, est hospitalisé à l'hopital Vaugirard. Il s plaint de douleurs épigastriques.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE ne permet de voir que des plis très marqués.

GASTROSCOPIE le 28 février 1959. Dans le coprs de l'estomac gastrite très importante mamelonnée et ulcéreuse diffuse (petites ulcérations fissuraires)

Obs. 9 - Syndrome ulcéreux avec amaigrissement. Gastrite mamelonnée intense avec nombreuses ulcérations fissuraires entre les mamelons.

M.S..., agé de 52 ans, est envoyé à la consultation de gastroscopie de l'hopital Vaugirard par le Dr. PERGOLA. Il souffre depuis un an de douleurs épigastriques se produisant vers le milieu de l'après-midi. Un amaigrissement de 11 kg s'étale sur deux ans.

A L'EXAMEN RADIOLOGIQUE mauvais remplissage de l'antre.

GASTROSCOPIE le 11 avril 1959. L'exploration est limitée au corps de l'estomac car l'angle ne peut être franchi. La muqueuse y est très modifiée et présente un état très mamelonné intense avec très nombreuses petites ulcérations fissuraires entre les mamelons.

Obs. 10 - Gastrite mamelonnée de la face postérieure de l'estomac avec ulcération fissuraires dans les sillons. Après deux mois de traitement amélioration seulement partielle avec persistance de quelques ulcérations.

M.T..., agé de 35 ans, frotteur, est vu le 13 novembre 1952. Il se plaint de douleurs de type gastritique évoluant par longues périodes séparées de courtes phase de calme. L'action aggravante très nette du vin est retrouvée mais l'alimentation semble avoir peu d'influence. Il s'agit d'un fumeur.

RADIO - Irrégularités de la petite courbure verticale.

GASTROSCOPIE - Le maximum des lésions gastritiques se trouve sur la face postérieure basse en amont du pilier postérieur. Dans cette zone, oedème considérable de la muqueuse avec aspect rouge vineux, muqueuse de gastrite mamelonnée avec dans les sillons dépôts fibrineux étoilés très nets couvrant certainement de minimes ulcérations fissuraires. Les lésions s'étendent sur 7 ou 8 cm, vont en diminuant à mesure que l'on se rapproche du cardia. Sur la face antérieure, gastrite erythémateuse très importante. Il faut noter que la muqueuse qui est en aval du pilier postérieur n'a pas pu être vue. Région sous-cardiale normale.

.../...

Le malade est revu le 29 janvier 1953, il a été très amélioré par le traitement de vitamine C associé à l'atropine.

Sur les derniers clichés datant du 23 janvier 9153, on note une diminution notable des signes de gastrite au niveau de la petite courbure vertic .le.

GASTROSCOPIE. - La partie basse de l'estomac a été bien vue, le pylore, l'antre et le sphincter de l'antre sont rouges avec d'assez nombreuses mucosités. La face postérieure de l'antre n'a pas été vue. Au dessus du sphincter de l'antre sur la face postérieure existe toujours une gastrite mamelonnée assez importante avec quelques petites ulcérations entre les mamelons mais le nombre en a beaucoup diminué par rapport au dernier examen. Cette gastrite mamelonnéesiège essentiellement au niveau de la face postérieure jusqu'au dessus du sphincter de l'antre et s'atténue en remontant vers le cardia. Sur la face antérieure du corps on note également une rougeur diffuse de la muqueuse assez importante avec d'assez nombreux dépôts de mucosités. Mais on ne note pas d'ulceration. La région sous-cardiale est normale. Lac muqueux abondant. Kinésie normale.

En conclusion il existe toujours des signes de gastrite mamelonnée et ulcéreuse au niveau de la face postérieure au-dessus de l'angle mais ces signes ont notablement diminués depuis l'examen du 13 novembre 1952

Obs. 11 - Gastrite hypertrophique du corps accompagnée d'ulcérations qualifiées de linéaires siégeant sur la face postérieure.

M.L..., agé de 47 ans, employé de la S.N.C.F. souffrant d'aigreurs et de diarrhée. Les crampes et les aigreurs n'ont pas d'horaire fixe, ni de périodicité. Fumeur.

RADIO. - Gastrite antrale et bulbite.

La GASTROSCOPIE est faite le 19 mars 1953 par le Dr. HOUSSET à Bichat. Malade Bréviligne. Seule la petite courbure immédiatement sous-angulaire n'a pas été bien vuc. vue. Dans l'antre et dans le corps de l'estomac existe une gastrite oedémateuse importante. Les plis sont très hypertrophiés. Sur la face postérieure, on note de plus quelques petites ulcérations gastritiques linéaires recouvertes d'un enduit blanchâtre. La région sous-cardiale est normale.

Obs. 12 - M.A..., agé de 67 ans. Douleurs épigastriques et amaigrissement, exulcérations fissuraires sur la petite courbure moyenne et haute.

RADIO. - Niche de la région prépylorique. Sur la grande courbure on note une encoche presque constante sur tous les clichés avec peut-être en regard sur la petite courbure une zone plus ou moins rigide mais sans image de niche.

.../...

GASTROSCOPIE le 19 novembre 1953. Dans le corps de l'estomac on note une gastrite oedémateuse et ulcéreuse très nette. Il existe en effet de très nombreuses petites exulcérations fissuraires recouvertes d'un enduit blanchâtre surtout au niveai de la petite courbure moyenne et haute. La région sous-cardiale est normale Lac muqueux bilieux très abondant.

Obs. 13 - Petites ulcérations fissuraires de la face postérieure du corps de l'estomac observées à l'occasion d'un amaigrissement chez un éthylique ayant un antécédent d'ulcère de la petite courbure verticale.

M.M..., agé de 54 ans, ouvrier spécialisé est adressé le 18 juillet 1957 à la consultation de l'hopital Bichat, car ayant été suivi pour un petit ulcère de la petite courbe verticale, il maigrit. Il est en effet anorexique mais il existe des signes d'intoxication éthylique.

Sur les RADIOGRAPHIES il existe plusieurs spicules au niveau de la petite courbure verticale.

La GASTROSCOPIE est faite par le Dr. HOUSSET. L'ensemble de la muqueuse est très mamelonné très irrégulier et l'on note au niveau de la face postérieure près de la petite courbure plusieurs petites ulcératiosn fissuraires minimes.

Obs. 14 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse fissuraire du corps de l'estomac.

M. A..., agé de 24 ans, ouvrier spécialisé, nord africain, souffre de douleurs épigastriques et de troubles dyspeptiques évoluant depuis plusieurs mois avec un léger amaigrissement. Les douleurs ne révètent pas l'aspect d'un syndrome ulcéreux.

Sur les clichés RADIOLOGIQUES du mois d'octobre 1958 un récessus sous-cardial postérieur et de gros plis sont visibles.

La GASTROSCOPIE est faite le 18 novembre 1958 par le Dr. HOUSSET à Bichat. L'ensemble de la muqueuse est très remanié par une gastrite mamelonnée et en certains points ulcérés. Ce sont de petites ulcérations fissuraires situées entre les mamelons. La gastrite mamelonnée remonte jusque dans la région sous-cardiale.

Obs. 15 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse , les ulcérations sont de type fissuraire.

M.M..., agé de 32 ans, employé d'entretien, est adressé par le Dr. HARDOUIN

.../...

le 10 mars 1959.

Sur les RADIOGRAPHIES une petite image de niche de la région sus-angulaire est visible.

La GASTROSCOPIE est faite par le Dr. HOUSSET à l'hopital Bichat. L'antre est vu de loin, mais, les contractions ne passent pas et semblent se bloquer malgré des tentatives d'insufflation dosée. L'ensemble de la muqueuse (région sous-cardiale le corps de l'estomac, et la région sous-angulaire) est le siège d'une gastrite intense, mamelonné et ulcéreuse. En effet il existe de très nombreux mamelons très saillants et séparés par des sortes de fissures. Cette gastrite siège aussi bien sur la face antérieure que sur la face postérieure. Pas d'ulcère visible en gastroscopie, mais, la région de l'angle n'a pas été bien vue.

Obs. 16 - Douleurs épigastriques post-prandiales précises, amaigrissement, nombreuses petites exulcérations fissuraires sur le versant antérieur de la petite courbure moyenne.

M.L..., est hospitalisé à l'hopital Bichat en mrs 1959. Ce malade agé de 63 ans a eu un melaena en 1948 puis en septembre 1958. Toutes les explorations radiologiques ont été négatives. Il se plaint actuellemnt de douleurs épigastriques qui surviennent après le début du repas et durent quelquefois plusieurs heures. Amaigrissement de 4 à 5 kg dans ces derniers mois.

RADIO. - Aspect de l'estomac normal.

La GASTROSCOPIE est faite le 19 mars 1959 par le Dr. HOUSSET.
La muqueuse est très enflammée et présente des modifications importantes : elle est irrégulière et parsemée de mamelons séparés par des intervalles à peu près normaux. L'aspect n'est pas plus celui d'une gastrite polypoïde ou verruqueuse que celui d'une gastrite mamelonnée banale. Les éléments polypoïdes n'ont pas l'aspect en pavés des mmelons habituels mais sont arrondis. Cet aspect est diffus et existe en particulier dans tout le corps de l'estomac. En outre, on note deux autres modifications importantes : d'une part une fragilité muqueuse évidente, le moindre contact avec la sonde ou le gastroscope déclenche un saignement ; d'autre part il existe sur le versant antérieur de la petite courbure moyenne et haute des petites exulcérations fissuraires en très grand nombre. Hernie hiatale probable.

Obs. 17 - multiples ulcérations fissuraires entre les plis, prédominant sur la face antérieure du corps.

M.L..., agé de 43 ans, depuis octobre 1959, se plaint de douleurs typiquement ulcéreuse et de vomissements très abondants.

RADIO. - Dentelé fait de petites niches superposées de la petite courbure verticale et gros plis gastriques.

.../...

GASTROSCOPIE le 24 mars 1960 (Dr. BOURDAIS). Gastrite erythémateuse importante de l'antre proximal . Pas d'ulcération visible. L'examen du corps gastrique montre en revanche une gastrite extrêmement importante erythémateuse à gros plis. Entre ces plis on découvre de multiples ulcérations superficielles souvent fissuraires entourées d'une auréole rouge. Ces ulcérations sont plus nombreuses sur la face antérieure du corps gastrique. La muqueuse est extrêmement fragile et saigne au contact de l'appareil. Lac muqueux assez abondant teinté de bile. (Examen gêné par les souillures de l'objectif)

Un prélèvement biopsique est fait par sonde aspiration section sous contrôle gastroscopique . A l'étude histologique (Pr LAUMONIER) c'est un fragment de muqueuse gastrique fundique très inflammatoire.Dans la région des collets glandulaires on observe une accumulation de lymphocytes et plasmocytes. Plus profondément, les culs de sac sont disloqués par le même infiltrat inflammatoire, associé à un oedème important. Les glandes sont en partie dédifférenciées, en partie atrophiques, avec une atteinte particulièrement importante des cellules bordantes. C'est donc une très intense gastrite interstitielle subaiguë chronique évoluant vers l'atrophie et la dédifférenciation.

Le malade est revu le 20 septembre 1960, sous l'influence d'un traitement par vitamine C et l'atropine administré à deux reprises, il y a une amélioration franche puisqu'il a repris 6 kg et qu'actuellement il ne souffre presque plus.

Les radiographies en mai 1960 montrent un bulbe déformé. La petite courbure verticale est devenue normale mais on note au niveau de l'angle surtout en position debout, sur tous les clichés, l'existence d'une image triangulaire de 1 cm de base, qui a les caractères d'une niche ulcéreuse.

GASTROSCOPIE. (Dr. HOUSSET) - A une première inspection il est très difficile de voir la région antrale. Pourtant à la limite du champ au niveau de la petite courbure immédiatement sous-angulaire il semble exister une lésion ulcéreuse qu'il est impossible d'affirmer en raison de la difficulté de l'examen. L'examen du corps gastrique montre en revanche une amélioration très sensible de la gastrite. On ne voit plus d'ulcération gastritique mais la gastrite reste encore intense de type mamelonné prédominant sur la face postérieure basse.

Obs. 18 - Brûlures et troubles dyspeptiques avec amaigrissement. Gastrite diffuse intense prédominant sur le corps où quelques ulcérations superficielles allongées sont visibles en gastroscopie.

Mme R..., agée de 47 ans, sans profession, est adressée au Pr. DEBRAY par le Dr. GUTMANN le 29 avril 1954. Elle souffre de brûlures épigastriques survenant par périodes de 15 jours de façon régulière à 4 heures de l'après-midi et 11 heures du soir, quelques tendances nauséeuses sont associées, l'alimentation calme peu ces troubles. Parfois les brûlures sont remplacées par une simple pesanteur épigastrique l'après-midi. Des antécédents semblables sont retrouvés de façon ancienne il y a 20 ans. Signaler en outre une intervention pour fibrome en 1950 suivie d'une occlusion intestinale quelques mois après. D'autre part une constipation opiniatre habituelle doit être signalée et surtout un amaigrissement considéra-

ble (14 kg) depuis janvier 1953 qui semble s'être accentué de façon récente de de façon parallèle à l'aggravation du syndrome gastritique ancien.

Sur les RADIOGRAPHIES de très gros plis sont visibles.

La GASTROSCOPIE est faite le 29 avril 1954 par le Pr. DEBRAY. Passage de la sonde de Camus sous écran radiologique facile. On retire 5 cc de liquide non bilieux, trouble, mais contenant un peu de sang dès qu'on aspire un peu violemment avec la seringue. Ceci indique une importante fragilité muqueuse, qui sera retrouvée par examen direct. Passage du gastroscope facile. La petite courbure sous-angulaire et le pylore n'ont pas été vus. Tout l'estomac présente une gastrite très importante qui prédomine dans le corps. Dans l'antre, la muqueuse est rouge, gonflée, succulente, avec de petits vaisseaux visibles. Il existe quelques pétéchies au lieu de contact de la sonde de Camus. Dans le corps, existent de gros plis, sur la face postérieure surtout. La muqueuse a les mêmes caractères que l'antre. Il existe un aspect mamelonné intense de toute la face postérieure. Çà et là se voient quelques érosions marquées par une zone blanche, effilochée, irrégulière, allongée, enchassée dans la muqueuse, non saignante. Plusieurs points pétéchiaux indiquent une muqueuse très fragile. Des vaisseaux sont visibles dans la région de la face postérieure du corps et dans la partie moyenne de la grande courbure verticale. Les lésions ont leur maximum à la partie moyenne du corps et remontent jusqu'au cardia. Le cardia est d'aspect à peu près normal. L'apic sous cardial est normal. Tolérance à l'air normale.

Conclusion : intense gastrite diffuse prédominant dans le corps. Muqueuse rouge, gonflée dans tout l'étendue de l'estomac. Dans le corps, gros plis et gastrite mamelonnée. Muqueuse très fragile. Pas d'ulcus ni de néo formation décelable.

OBSERVATIONS DE GASTRITE MAMELONNEE COMPORTANT
DES ULCERATIONS D'ASPECT ETOILE.

Obs. 19 - Exulcérations étoilées siègeant sur le sommet des plis. Ensemble clinique, radiologique et gastroscopique paraissant très typique de ce genre de gastrite.

M.B..., agé de 38 ans, fondeur en caractère est envoyé par le Dr. FABRE. Il accuse un amaigrissement progressif, et se plaint de douleurs et de pesanteur post-prandiales. Il s'agit d'un fumeur et d'un tachyphage.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE permet d'observer des gros plis du corps de l'estomac, irrégularités de la petite courbure verticale, des plis sinueux de l'antre. Le bulbe est très irrégulier, polypoïde.

GASTROSCOPIE le 6 décembre 1952 à l'hopital Vaugirard. Le corps de l'estomac est le siège d'une gastrite importante avec rougeur et oedème de la muqueuse. Des exulcérations étoilées sont visibles sur le sommet des plis , surtout sur la petite courbure et la face postérieure. Les plis sont épais, pas de fragilité de la muqueuse, exsudats pultacés assez abondants.

Obs. 20 - Gastrite hypertrophique comportant des ulcérations en étoile.

M.G..., agé de 66 ans, malade du Pr. Ch. DEBRAY à Bichat, souffre depuis décembre 1955, irrégulièrement, d'une douleur épigastrique 3 heures après les repas. Cette douleur dure peu longtemps, s'accompagne de nausées, mais n'a pas entrainé d'altération de l'état général.

Sur les RADIOGRAPHIES se voient un aspect irrégulier de la petite courbure et de l'angle, une encoche de la grande courbure et peut-être une niche de la petite courbure sous une certaine incidence. Suspicion d'ulcère de la face postérieur

GASTROSCOPIE faite à l'hopital Vaugirard le 24 mars 1956 par le Dr. HOUSSET. Le sphincter de l'antre est épaissi, très oedémateux. Dans le corps de l'estomac, en remontant vers la partie haute on observe de plus en plus d'altérations. Il s'agit d'une gastrite erythémateuse avec de très gros plis et, en de nombreux endroits, de petites exulcérations peu profondes, le plus souvent en étoile de 1 ou 2 mm de diamètre recouvertes par une fausse membrane. Dans la partie haute, sur la face postérieure, il existe en outre un placard de gastrite mamelonnée, très important de la taille d'une paume de main.

.../...

Obs. 21 - Syndrome ulcéreux clinique et bulbe duodénal déformé sur les radiographies. Gastrite du corps de l'estomac comportant quelques ulcérations en étoile. La partie basse de l'estomac n'a pas été vue.

M.M..., agé de 35 ans, chauffeur de four est envoyé à l'hopital Bichat par le Dr. HARDOUIN pour un syndrome ulcéreux.

Sur les RADIOGRAPHIES le bulbe parait déformé, et l'antre le siège d'une réaction associée.

La GASTROSCOPIE est faite le 28 novembre 1957 à l'hopital Vaugirard. Dans l'ensemble muqueuse épaissie, irrégulière. Petites exulcérations gastritique en étoile; légèrement hémorragiques au niveau de la face antérieure et haute. Il en a a été vu trois. Accentuation des plis de la grande courbure. Hypertonicité gastrique ne cédant que tardivement à l'insufflation.

Obs. 22 - Gastrite mamelonnée s'accompagnant de nombreuses exulcérations en étoile chez un malade porteur également d'un ulcère du bulbe.

M.R..., agé de 33 ans, nord africain, gardien de garage, souffre d'un syndrome fonctionnel de gastrite et de douleurs de type ulcéreux.

Sur les RADIOGRAPHIES niche du bulbe.

GASTROSCOPIE le 30 janvier 1958. La muqueuse de la face postérieure du corps est remaniée de façon intense. Elle est le siège d'une gastrite mamelonnée, et ulcérée avec de nombreuses exulcérations en étoile.

Obs.23 - Cette observation illustre bien l'importance et la ténacité de l'expression fonctionnelle de certaines gastrites résistant au traitement anti-ulcéreux banal. La topographie atypique de la douleur a fait errer longtemps le diagnostic.

M.B..., agé de 60 ans, retraité de la police est envoyé par le Dr. LAFITTE à la consultation de gastroscopie de l'hopital Vaugirard le 20 mai 1958. Ce malade souffre depuis deux à trois ans de douleurs de l'hypochondre gauche pratiquement permanentes.Ces douleurs n'ont pu être rattachées à une cause précise en dépit des examens radiologiques très complets concernant l'estomac, les reins, le pancréas. Une slénoportographie a été faite par le Dr. LEGER, elle a été négative. Une exploration radiocinématographique de l'estomac a laissé un doute sur une petite niche possible du canal pylorique. Des antécédents de périodes douloureuses anciennes paraissent possibles. Le Dr. LAFITTE a l'impression d'un ulcus atypique et espère de la gastroscopie la clef du diagnostic.

Sur les RADIOGRAPHIES de gros plis sont visibles.

.../...

GASTROSCOPIE. - Dans le corps de l'estomac, sur toute son étendue, existe une gastrite mamelonnée, intense, diffuse, s'accompagnant de petites ulcérations en étoile nombreuses. Cette gastrite remonte jusqu'au cardia.

Obs. 24 - Gastrite ulcéreuse dont l'évolution a été suivie par 7 gastroscopies dont les six premières la même année, la dernière 3 ans plus tard. Cette gastrite est caractérisée par l'importance des vomissements sur le plan fonctionnel créant avec l'amaigrissement un tableau de sténose pylorique , par sa sensibilité à un traitement d'hydrocortisone buccale, sa ténacité avec des ondes évolutives, enfin une dissociation entre l'aspect endoscopique et l'histologique qui reste pathologique alors que le précédent était normal.

M.C..., agé de 46 ans, fraiseur, ayant présenté des crises douloureuses avec vomissements en 1949. Il s'agit d'un homme très instable, fumeur, actuellement il souffre encore de vomissements quotidiens, brusques, alimentaires. Amaigrissement de 10 kg.

A L'EXAMEN RADIOLOGIQUE : antrite et bulbe déformé d'aspect inflammatoire sans niche.

La GASTROSCOPIE est faite le 30 mars 1955 par le Dr. HOUSSET à l'hopital Bichat. La partie basse, le pylore, l'antre et sphincter de l'antre sont rouges. Dans le corps de l'estomac, les signes de gastrite sont plus importants : on observe d'une part, sur la face postérieure basse et moyenne un oedème très accentué de la muqueuse avec quelques petites ulcérations en étoile. Sur la face antérieure haute d'autre part, dans la région sous-cardiale, on note également l'existence d'une gastrite mamelonnée très importante à petits mamelons serrés.

Le malade est revu le 22 avril suivant, il reçoit de l'hydrocortisone, par voie buccale, mélangée à du sirop de sucre et de la pectine, environ 20 mg par jour. Le traitement a duré une quinzaine de jours. Il conserve encore un point douloureux épigastrique mais souffre nettement moins ; son état général est meilleur, il a grossi de 1 kg.

La seconde GASTROSCOPIE est faite par le Pr. DEBRAY. Cette fois, la muqueuse est normale. L'antre a de belles contractions. Le sphincter de l'antre est pratiquement normal, mais peut-être est-il un peu épais. Sur la face antérieure, existe une petite dépression qui malgré une étude attentive ne parait pas ulcérée. Sur la face postérieure, il n'y a rien à signaler et certainement les ulcérations mentionnées il y a trois semaines, ont disparu. Rien à noter non plus dans la région sous-cardiale. Les plis de la face postérieure sont tortueux mais non épaissis. Présence dans le bas-fond de liquide fluide, contenant un peu de bile. On retrouve dans la région du cardia des images gastroscopiques faisant penser à une petite hernie hiatale.

En conclusion : amélioiration très franche par l'hydrocortisone par rapport à l'examen précédent. Estomac pratiquement normal.

.../...

Une BIOPSIE a été faite à 60 cm des arcades dentaires c'est à dire dans la région du corps, ramenant un fragment.

A létude histologique (Pr. LAUMONIER) ce petit fragment appartient au fundus. Il est coupé de façon exactement perpendiculaire. Son épithélium de surface subit une hétérotopie caliciforme nette sans métaplasie intestinale. Le système glandulaire est constitué par des tubes fundique comportant une quantité normale de cellules principales et bordantes. Le chorion conjonctif est le siège d'une réaction inflammatoire interstitielle, surtout plasmocytaire , avec d'assez nombreux corps de Russel. Ce sont donc les caractères d'une gastrite interstitielle subaiguë, plasmocytaire, avec modifications hétérotopiques de l'épithélium de surface.

M. DEBRAY avait souligné l'intêret particulier de cette biopsie pour savoir si l'aspect histologique correspondait à l'impression gastroscopique d'estomac subnormal. On observe donc une dissociation entre les deux ordres de faits.

Le malade est revu par le Dr. HOUSSET le 3 mai suivant. Dans le corps de l'estomac, on note de petits signes de gastrite oedémateuse au niveau de la face postérieure mais assez légers et moins intenses que lors de la première gastroscopie. On ne peut cependant pas considérer aujourd'hui la muqueuse comme absolument saine.

4 ème GASTROSCOPIE le 18 mai par le Dr. HOUSSET. Le malade signale quelques douleurs épigastriques. Le corps de l'estomac présente par places et en particulier au niveau de la petite courbure moyenne des zones mamelonnées sillonnées par des petites dépressions qui pourraient être encore exulcérées. Par ailleurs, la muqueuse est moins rouge que la dernière fois.

Le 10 juin suivant alors que l'état fonctionnel est satisfaisant, le malade est examiné de nouveau par le Dr. HOUSSET . Cette fois il existe une amélioration très nette. La muqueuse est presque normale. On n'observe guère sur la face postérieure qu'une petite plage de gastrite mamelonnée très localisée de 4 cm de diamètre environ.

Une biopsie gastrite a été faite dans le corps de l'estomac vraisemblablement au niveau de la face postérieure à 60 cm des arcades dentaires. Elle a raméné 3 fragments.

A l'étude histologique (Pr. LAUMONIER) les trois fragments prélevés appartiennent bien au fundus. Leur épithélium est régulier, sans métaplasie et avec une hétérotopie discrète. Le système glandulaire est intact mais les culs de sac restent séparés par une réaction interstitielle faite de fibres collagènes, tandis que les cellules rondes sont peu nombreuses et font de même complètement défaut en certains endroits. Il s'agit en somme d'une gastrite interstitielle subaïgue chronique très discrète. Il n'existe cependant pas de différence sensible avec la biopsie N° 1626 précédemment étudiée.

Nous soulignons donc qu'il persiste une dissociation entre l'aspect endoscopique et l'histologie.

Le 11 octobre de la même année, il souffre de nouveau et surtout vomit. Parallèlement nouvelle tendance à l'amaigrissement avec perte de 1 kg depuis la dernière gastroscopie.

.../...

Une 6 ème gastroscopie est faite par le Dr. HOUSSET. La partie basse est rouge mais sans ulcération décevable. La muqueuse du corps de l'estomac est nettement plus gastritique qu'au cours de la dernière gastroscopie : la muqueuse est très mamelonnée par endroits (petites ulcérations en étoile) et très oedémateuse sur toute la hauteur de la face postérieure. La face antérieure est assez lisse.

Trois ans plus tard, le 17 mai 1958, le malade est revu à l'hopital Vaugirard par le Dr. HOUSSET. il est noté une gastrite mamelonnée modérée prédominant dans la partie haute du corps.

Obs. 25 - Gastrite mamelonnée s'accompagnant de quelques ulcérations en étoile.

M. T..., agé de 51 ans, mouleur est envoyé par le Dr. HARDOUIN le 16 avril 1957, pour des douleurs épigastriques survenant l'après-midi.

Les RADIOGRAPHIES montrent des déformations de l'antre de type fonctionnel.

GASTROSCOPIE par le Dr. HOUSSET. Dans le corps de l'estomac, au fur et à mesure que l'on remonte vers la région sous-cardiale, on observe une gastrite mamelonnée intense avec en deux ou trois points de petites ulcérations gastritiques en étoile.

Obs. 26 - Symptomatologie cardiale aiguë paroxystique dont le subtrat anatomique demeure incertain. A cette occasion découverte d'une gastrite mamelonnée comportant des ulcérations en étoile.

M.L..., agé de 54 ans, est vu le 28 janvier 1960 pour des crises douloureuses très particulières. La première est survenue en octobre 1954 et a duré une demi-heure. Il s'agissait de douleurs rétro-sternales aiguës, une origine coronarienne étant écartée. Depuis les douleurs se sont reproduites par crises de 1 ou 2 minutes nocturnes puis aussi diurnes répétées, leur siège est devenu rétroxiphoïdien, elles sont intensifiées par des éructations. Ce malade est atteint d'autre part d'une infection chronique des voies aériennes supérieures entrainant une déglutition de sécrétions purulentes.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE révèle une hernie hiatale.

GASTROSCOPIE faite par le Dr. HOUSSET le 28 janvier 1960 à l'hopital Bichat. Au fur et à mesure que l'on remonte vers la région hiatale on observe une gastrite dont l'intensité est importante dans la région sous-cardiale. Cette gastrite est constituée par un oedème notable de la muqueuse avec de petites ulcérations en étoile très nettes et de nombreux mamelons. Le maximum des lésions

.../...

siège sur la petite courbure et le versant postérieur de cette dernière. Au niveau de la partie moyenne et basse existent des signes d'atrophie "rouge". La muqueuse est granitée avec d'assez nombreux vaisseaux à ce niveau. L'exploration de la région hiatale ne confirme pas l'existence d'une hernie.

Obs.27-Gastrite mamelonnée diffuse du corps comportant des ulcérations étoilées sur la face antérieure haute.

M.R..., agé de 61 ans, souffre de douleurs épigastriques, régurgitations acides, et pyrosis. Hyperchlorhydrie, pas de reflux biliaire au tubage.

RADIO : reflux gastro-oesophagien, petite poche à air, pas de lésion pariétale visible.

GASTROSCOPIE : La partie basse n'a pas été explorée. Tolérance à l'air très médiocre. Pas de contractions pendant l'examen. Il existe une gastrite mamelonnée intense et diffuse , étendue aux deux faces et aux deux courbures. Il existe une gastrite à mamelons assez fins séparés par de petits sillons dont un certain nombre sont probablement ulcérés. En quelques points d'ailleurs, en particulier au niveau de la face antérieure haute, on met en évidence les petites ulcérations en en étoile, assez profondes mais très fines. Le lac muqueux est très abondant. L'exploration de la région hiatale permet d'affirmer endoscopiquement l'existence d'une hernie hiatale de moyen volume. Il faut noter que la muqueuse gastrique qui tapisse la hernie présente les mêmes signes inflammatoires que dans le corps de l'estomac. Bonne visibilité du sphincter inférieur de l'oesophage.

Conclusion : Gastrite mamelonnée très importante. Fragilité muqueuse. Hernie hiatale avec signes inflammatoires (Dr. HOUSSET) 17.10.1961.

Obs. 28 - Ulcérations étoilées de la face postérieures peu nombreuses. Irrégularités de la petite courbure verticale très nettes. Résultat imparfait du traitement anti-gastrique habituel.

Mme D..., agée de 58 ans consulte M. le Pr. DEBRAY le 17 mars 1960. Un diabète léger a été décelé en 1939 et traité uniquement par restriction glucidique. Il n'a été la source d'aucune complication apparente. Une arthrose du rachis est d'autre part signalée.

En 1949 se sont déroulées quelques périodes de douleurs épigastriques d'une durée variable d'un à deux mois, séparées par des phases équivalentes de calme. Depuis un mois rechute des douleurs dont l'acmé se situe environ un quart d'heure après les repas parfois plus tard, favorablement influencées par les gels d'alumine et la réglisse. Ce sont des crampes à l'exclusion de brûlures, de siège strictement épigastrique sans irradiation retro-sternale en particulier. Aucune nuance ne permet de leur imputer une origine cardiale, à laquelle le terrain faisait songer.

L'appétit est diminué, une dyspepsie s'adjoint aux douleurs proprement dites. Enfin le transit intestinal est difficile : émission d'une selle tous les trois jours avec impression de ballonnement, perception de gargouillement et usage de laxatifs.

L'état général est sensiblement altéré ; elle accuse un léger amaigrissement, son poids habituel étant de 71 kg, une asthénie marquée, une insomnie et une instabilité favorisée par des soucis personnels. Elle souffre enfin de prurit vulvaire ce qui peut être considéré comme une expression du désordre métabolique mentionné.

De nombreux EXAMENS RADIOLOGIQUES ont déjà été faits. Les premiers de mars-oct; 1949 n'apportent que peu de renseignements si ce n'est une déformation bulbaire suspecte en octobre. Celui d'octobre 52 en revanche révèle des spicules de la petite courbure verticale évocatrices de gastrite ulcéreuse.

Ces dernières sont retrouvées en janvier 60 remarquablement nettes, rapprochées, nombreuses, environ une dizaine, donnant un aspect très finement dentelé la saillie étant minime, de la petite courbure verticale. Sur ces mêmes clichés l'attention est retenue par un aspect anormal de l'angle où parait se dessiner une grosse niche raideur de voisinage ni bourrelet, un artifice de compression et la position expliquent peut-être cet aspect de même que l'aspect de l'antre qui ne parait pas avoir son expansion normale. Le bulbe est parfaitement dégagé, il apparait déformé, petit, le siège d'un plissement longitudinal marqué mais aucune niche ne peut y être discernée.

LA NUMERATION ET LA FORMULE SANGUINES montrent une hyperleucocytose à 11.800 avec une polynucléose neutrophile à 78%.

LA GASTROSCOPIE est faite le 25 mars 1960 par le Pr. DEBRAY. Le passage du gastroscope est assez facile en dépit de quelques nausées. Dans l'antre existe une gastrite atrophique très nette. Les contractions antrales sont correctes. Il n'y a pas de lésion dans l'antre ni au niveau de l'angle, là où se trouve la niche radiologique.

Il existe en revanche une gastrite mamelonnée importante de la face postérieure. Présence aussi de quelques érosions très superficielles qui n'ont absolument pas le caractère d'un ulcère et qui siègent l'une sur la face postérieure à la partie haute du corps et les deux autres sur la face antérieure immédiatement sous-cardiale. Ces ulcérations sont un peu saignantes. Elles sont spontanées. Elles n'ont pas été provoquées par la gastroscopie. Ces ulcérations sont de petites dimension, elles sont un peu étoilées si bien que leur fond est discrètement pseudo membraneux. Les plis de la face postérieure ont un aspect irrégulier, godronné, en chapelet. Noter l'ouverture de l'antre cardial sans hernie hiatale vraie.

En conclusion : gastrite mamelonnée ulcéreuse. Pas de lésion angulaire endoscopiquement décelable.

Devant cet aspect un traitement anti-gastritique est alors institué comportant la prescription de poudres alcalines, Bismuth, sirop de Phénergan, vitamine C et sulfate d'Atropine.

La malade revient consulter le 8 juin 56. L'état général est meilleur elle dort mieux mais le résultat est très imparfait. Des douleurs atténuées persistent dans la matinée et l'après-midi, l'amaigrissement s'est accentué avec une perte de 1 kg 5.

.../...

Un NOUVEL EXAMEN RADIOLOGIQUE montre la persistance de fines spicules nombreuses disséminées sur la petite courbure verticale et des déformations bulbaires.

Sont en outre précisés : l'état hématologique, la vitesse de sédimentation qui sont normaux, la glycémie à 1 gr 66 et la glycosurie, enfin le pouvoir histaminopexique du sérum qui est nul témoignant de l'aptitude aux réactions allergiques.

Un nouveau traitement est alors prescrit comprenant en plus des pansements gastriques des injections d'oxyferriscorbone et d'histaglobine.

Obs. 29 - Brûlures post-prandiales tardives. Ulcérations superficielles stellaires de siège antral.

M.D..., transporteur, agé de 54 ans, consulte le 10 juin 1953 pour des douleurs épigastriques. Il se plaint en effet de brûlures quotidiennes post-prandiales tardives survenant vers 5 ou 6 heures de l'après-midi et durant environ une heure. Ces brûlures sont intenses depuis une semaine, accompagnées parfois de vomissements. L'interrogatoires retrouve néanmoins des anrécédents plus anciens et depuis décembre 1952 des crises douloureuses très espacées, toutes les trois semaines environ, et de durée brève, 10 minutes.

Le transit est normal. L'appétit est conservé, mais il faut mentionner un amaigrissement de 5 kg dont le commencement est difficile à situer, vraisemblablement dans les six derniers mois. Poids actuel 65 kg.

Sur les RADIOGRAPHIES standard et après morphine on observe des irrégularités sur la petite courbure horizontale en position couchée évocatrices de gastrite ulcéreuse, et sur un cliché debout en oblique une image en demi teinte suspecte de la grande courbure prépylorique.

La GASTROSCOPIE est faite le 13 juin 1953 par le Pr. DEBRAY. Gastroscopie facile, malheureusement la région prépylorique a été mal vue et cela malgré la banthine. Il n'y a pas eu de contraction antrale au cours de l'examen. Grosse gastrite atrophique avec importante visibilité vasculaire, diffuse, prédominant dans la 1/2 inférieure du corps, mais atteignant également très nettement l'antre. Le nombre des plis est un peu diminué.

Enfin, quelques ulcérations superficielles dont une sur la surface antérieure antrale d'aspect stellaire ne faisant pas penser ni à un ulcère ni à une polymitose au début (pas de raideur au palper). Une autre ulcération dans le bas fond, sur un gros pli. La région de la grande courbure pylorique parait normale.

Mucus en stalactites. Tolérance à l'air remarquable. Une petite tache de purpura sur la face antérieure basse pré-existant à la gastroscopie.

Conclusion : région prépylorique mal vue. Gastrite atrophique, intense, diffuse avec antrite. Quelques ulcérations gastritiques.

Traitement institué : vitamine C, atropine, poudre alcalino-bismuthée, Belladone.

.../...

Obs. 30 - Troubles dyspeptiques et amaigrissement. Gastrite diffuse avec ulcérations étoilées sur la face postérieure du corps.

M.V..., agé de 56 ans, commerçant, est adressé au Pr. DEBRAY le 24 mars 1953. Il se plaint depuis quelques mois d'anorexie, de gêne épigastrique, d'un amaigrissement de quelques kg. Le transit intestinal est normal.

Sur les RADIOGRAPHIES gastriques d'énormes plis de tout l'estomac et même de l'antre sont visibles. L'angle est un peu ouvert. Sur la petite courbure sous-cardiale on observe une image en retrait suspecte.

La GASTROSCOPIE est faite le 24 mars 1953 par le Pr. DEBRAY. Passage de la sonde de Camus sous écran radiologique. Passage difficile à l'orifice supérieur de l'oesophage. Pas de spasme au cardia. Estomac très allongé verticalement, contenant quelques centimètres cube de liquide bilieux. Le passage du gastroscope n'est pas très difficile, mais il est nécessaire de le ramener de force sur la médiane, car il a tendance à se déplacer latéralement pas de spasme au cardia. La tolérance à l'air est médiocre, il n'y a pas de fragilité capillaire. Il existe une gastrite intense de type hypertrophique qui est répandue dans tout l'estomac. Dans l'antre, ces plis sont un peu moins volumineux que dans le corps. Sur la face antérieure, existe un gros pli longitudinal qui ne s'efface ni par la distension, ni par la pression par la main abdominale. Le pylore parait normal. La région du plancher de l'antre est très nettement érythémateuse. La petite courbure immédiatement prépylorique n'a pu être examinée de manière suffisante. Dans le corps de l'estomac existent d'énormes plis tortueux, verticaux, longitudinaux qui sont particulièrement nets sur la petite courbure alors que la voie gastrique est en général complètemant lisse. Ces plis remontent jusqu'au cardia. Sur la face postérieure du corps, ces plis sont énormes, cérébroïdes, recouverts de mucus concrété en fil ments qui passent en pont d'un pli à l'autre. En de nombreux endroits, on observe de petites ulcérations superficielles, gastritiques de 2 ou 3 mm, étoilées, avec un pourtour rouge. Sur la face antérieure du corps, les lésions sont moins importantes, mais il existe au moins deux ulcérations superficielles, dans la région sous-cardiale. En aucun point cette gastrite ne présente de saignement, ni de bourgeonnement.

Conclusion : Importante gastrite hypertrophique diffuse étendue à tout l'estomac et ulcéreuse dans le corps.

Traitement prescrit : Collargol, poudre alcaline bismuthée, vitamine C, atropine, prométhazine.

OBSERVATIONS DE GASTRITES MAMELONNEES COMPORTANT A LA FOIS DES ULCERATIONS ETOILEES ET FISSURAIRES ET DE GASTRITES COMPORTANT CES TYPES D'ULCERATIONS ASSOCIEES A D'AUTRES ASPECTS MOINS COURANTS.

Obs. 31 - Gastrite mamelonnée du corps de l'estomac à prédominance haute s'accompagnant d'ulcérations fissuraires et étoilées entre les mamelons.

M.O..., agé de 47 ans, journalier, nord africain se plaignant de douleurs épigastriques assez vagues depuis 2 ans, une laparatomie exploratrice a été faite en janvier 1958 qui n'a rien révélé. Sur deux clichés gastriques récents des irrégularités de la petite courbure sus-angulaire invitent à une vérification endoscopique.

GASTROSCOPIE - La mupueuse du corps de l'estomac est parsemée de mamelons très nombreux séparés par des ulcérations fissuraires ou en étoile. Cet aspect gastritique est particulièrement intense dans la partie haute.

Obs. 32 - Gastrite mamelonnée intense comportant des exulcérations en étoile et fissuraires entre les mamelons.

Malade agé de 35 ans, manoeuvre hospitalisé à Lariboisière dans le service du Dr. WORMS, atteint d'une maladie de Recklinghausen cutanée. Il se plaint depuis 1949 de crampes épigastriques survenant à des horaires très variables, qui ne sont pas calmées par la crise d'aliments mais momentanément par celle de pansements. Il semble exister une certaine périodicité. Il signale l'influence défavorable de certains aliments.

RADIO - En 1950 et 1951, sur plusieurs clichés, niche bulbaire. Sur les clichés qui datent d'avril et de mai 1955 une déformation du bulbe persiste.

La GASTROSCOPIE est faite le 28 juin 1955 par le Dr. HOUSSET à l'hopital Bichat. Immédiatement au dessus du sphincter de l'antre et dans tout le corps de l' l'estomac y compris la face antérieure on note une gastrite mamelonnée intense avec de nombreuses exulcérations en étoile ou fissuraires entre les mamelons. Cette gastrite mamelonnée remonte jusque dans la région sous-cardiale.

Obs 33 - Ulcérations punctiformes et fissuraires du sphincter de l'antre.

M.H..., agé de 30 ans, appartenant au personnel des hopitaux souffre de douleurs post-prandiales tardives, vers quatre heures et même maintenant 6 heures de l'après-midi, exagérées par les écarts de régime. Des périodes de calme lui laissent parfois 2 mois de répit, mais actuellement poussée ininterrompue depuis 4 à 5 mois.

.../...

A l'EXAMEN RADIOLOGIQUE image en oméga prépylorique avec suspicion d'ulcère de l'angle sur un cliché.

LA GASTROSCOPIE faite le 7 janvier 1950 à l'hopital Vaugirard montre un estomac intolérant à l'air se distendant très difficilement. La muqueuse est dans l'ensemble rouge avec des plis normaux et sans oedème. Il existe dans la région du sphincter de l'antre des ulcérations très superficielles les unes punctiformes les autres en fissure avec une fausse membrane dans le fond. L'angle présente des dépôts mucosalivaire importants qui ont gêné l'exploration de la muqueuse.Dans l'ensemble tre qui présente de belles contractions est rouge.

Obs. 34 - Gastrite hypertrophique du corps de l'estomac accompagnée d'ulcérations étoilées et arrondies.

M.L..., agé de 58 ans, magasinier, est adressé par le Dr. HARDOUIN le 23 janvier 1958 pour un reflux gastrique associé à des douleurs atypiques.

Sur les RADIOGRAPHIES on observe une grosse modification des plis de la grosse tubérosité. Hernie hiatale.

GASTROSCOPIE - L'ensemble du corps de l'estomac et surtout la partie supérieure est le siège d'une gastrite hypertrophique et ulcérée intense. Les plis sont énormes et présentent à leur sommet de petites ulcérations tantôt en étoile tantôt arrondies. Sur la face antérieure moyenne, on distingue quelques signes d'atrophie entre les plis. L'examen de la partie haute montre des signes intenses de gastrite à ce niveau ainsi qu'une hernie hiatale indiscultable endoscopiquement.

Obs. 35 - Gastrite mamelonnée avec ulcérations fissuraires et arrondies de la face postérieure du corps. Amélioration histologique après un traitement d'hydrocortisone.

M.L..., agé de 43 ans, employé de banque, envoyé par le Dr. LOYGUE à la consultation de gastroscopie à l'hopital Bichat le 20 mai 1955, a eu deux hémorragies digestives la première en décembre 1949, la seconde en juillet 1953. D'autre part il souffre de troubles dyspeptiques assez vagues : gêne épigastrique à type de constriction journalière, post-prandiales précoce, calmée par le décubitus. Appendicectomie en décembre 1950. En avril 1952 cholecystectomie (Dr. LOYGUE) une cholangiographie per-opératoire montre très nettement une vésicule dyskinétique (siphopathie organique presque certaine). Au mois d'avril 1955, hospitalisation (dans le service du Dr. HEPP pour vomissements et douleurs épigastriques à début brusque. Crise violente de douleurs épigastriques irradiant dans le dos et la ceinture. La crise a duré 1 heure 1/2, persistance actuelle de petites douleurs au cours du repas.

.../...

RADIO . - Les clichés de février 1952 montrent des spicules superposées de la région sus-angulaire sur un cliché existe même une petite niche de 1 mm de profondeur et 1 mm de base qui à la rigueur aurait pu être un ulcère.

GASTROSCOPIE - Dans l'antre existence de vaisseaux sur le plancher, bien visibles avec une muqueuse assez pâle. Dans le corps de l'estomac : d'une part, des vaisseaux volumineux en branche d'arbre mort sur toute la face antérieure et la grande courbure, nettement saillants, d'autre part sur la face postérieur une gastrite intense avec une muqueuse irrégulière mamelonnée présentant de très nombreuses exulcérations fissuraires et arrondies de Imm ou 2mm de diamètre. L'existence de ces ulcérations est certaine. Toute la face postérieure est pris mais le maximum des lésions se trouve dans la région de la petite courbure et s la moitié inférieure du corps. Rien à noter dans la région sous-cardiale.

Conclusion : Gastrite érythémateuse et ulcéreuse du corps, gastrite atrophique avec visibilité veineuse de l'antre et de la face antérieure du corps. ces anomalies rend ent compte dans une certaine mesure de la tendance hémorragique. Elles ne suffisent toutefois a expliquer les hémorragies qui ne se produisent que de loin en loin.

Une BIOPSIE muqueuse a été faite à la partie moyenne du corps probablemen sur la face p ostérieure : deux fragments assez volumineux. A l'étude histologi (Pr. LAUMONIER) leur chorion superficiel est discrètement dilacéré par un oedèm interstitiel dans lequel flotte un certain nombre de plasmocytes. La partie pro fonde de la muqueuse est constituée par des cellules fundiques assez pauvres en cellules bordantes, et discrètement dissociées par des houppes lisses émanées d la musculaire muqueuse. Il s'agit en somme d'une gastrite interstitielle subaiguë oedémateuse avec atrophie glandulaire modérée et ébauche de dédifférenciation (Un tubage est proposé pour vérifier s'il existe une hypochlorydrie suggérée pa l'aspect hitologique.)

Le malade est traité par l'hydrocortisone per os. Le tubage confirme l'achlorhydrie soupçonnée précédemment. Une nouvelle biopsie est faite le 2 juille prélevant un seul fragment à 50 cm. A l'étude histologique (Pr. LAUMONIER) le s tème glandulaire est constitué par des cellules principales et bordantes en pro portion normale. Le tissu interstitiel est très légèrement oedémateux en surfac où il contient quelques groupes de plasmocytes, devient assez nettement fibreux en profondeur en un point situé au contact de la musculaire muqueuse et anglob également un petit follicule lymphoïde. Il existe donc ici une gastrite interstitielle subaiguë chronique. Il semble y avoir une assez nette régression des lésions par rapport à la biopsie précédemment effectuée.

Le malade est revu le 17 novembre 1960, il se plaint toujours à peu de ch près des mêmes troubles. Le 10 juin 1960 melaena certain avec chute tensionnell et anémie à 3.700.000. Aucune cause provocatrice en particulier médicamenteuse ne peut être incriminée. Actuellement le malade revient pour les mêmes douleurs survenant juste à la fin du repas et durant 10 à 15 minutes. L'appétit est défectueux mais il n'y a pas d'amaigrissement.

RADIO. Très gros plis du corps gastrique surtout dans la partie haute.

GASTROSCOPIE (Dr. BOURDAIS) Au niveau de l'antre et du sphincter de l'ant la muqueuse est rouge sans ulcération. Au niveau du corps gastrique il existe comme lors de la gastroscopie précédente un aspect "d'atrophie rouge" sur la

.../...

face antérieure. Sur la face postérieure du corps gastrique et sur la petite courbure verticale il existe une gastrite hypertrophique et mamelonnée intense prédominant dans la partie haute du corps. Deux ou trois petites ulcérations ont été décelées à la partie moyenne du corps gastrique. L'examen de la région cardiale montre l'àpic habituel du cardia.

Obs. 36 - Gastrite ulcéreuse du corps, avec plis congestifs et oedémateux et ulcérations de formes variées dont une plus vaste sous-cardiale.

M.D..., agé de 35 ans, employé de bureau, souffre d'unsyndrome ulcéreux depuis 1943. Un ulcus de la petite courbure a été trouvé en 1945. Actuellement il se plaint d'une crampe post-prandiale tardive.

RADIO. - Bulbe suspect d'ulcus et niche inconstante sur la petite courbure angulaire.

GASTROSCOPIE le 11 septembre 1947. La petite courbure et la face postérieure voisine (moitié droite) présentent dans la moitié inférieure du corps une gastrite très importante, marquée par un aspect rouge sombre de la muqueuse avec fragilité des capillaires qui éclatent à la distension d'où petites hémorragies. Un gonflement diffus de la région gastritique, des ulcérations difficiles à voir se trouvant soit dans l'espace entre deux plis (sillon étroit) congestifs et oedémateux (en particulier sur la face postérieure au niveau de l'angle) soit dans une zône oédémateuse (petite courbure) les ulcérations sont tantôt allongées, tantôt étoilées; mais toujours de forme irrégulière serpigineuse. Les ulcérations sont recouvertes d'un enduit blanchâtre aéré d'aspect salivaire ce qui rend le diagnostic d'ulcération difficile. Il existe une volumineuse ulcération plate à bords serpigineux soulignés par un lisere carminé, près de la face antérieure sous-cardiale de la petite courbure,non douloureuse au passage du tube et de la sonde.

Le malade est revu le 29 mai 1948. Il va beaucoup mieux mais souffre encore de quelque douleurs et n'a pas repris de poids. Il suit un régime avec suppression totale du tabac, de l'alcool, des acides et un traitement par le collargol et les gels d'alumine.

Sur un cliché une niche est visible sur la petite courbure sus-angulaire.

2 ème GASTROSCOPIE. Il n'a pas été retrouvé d'ulcération cette fois-ci. L'estomac est encore rouge et oedémateux ; noter en particulier que les faces adjacentes à la petite courbure conservent une disposition anglée, et ne s'arrondissent pas. Sur la face antérieure à la jonction 1/3 supérieur 1/3 moyen existe une formation polypoïde, sessile de 1 cm environ de diamètre bienarrondie avec une muqueuse tout à fait normale. Il s'agit presque surement d'un polype sous-muqueux.

.../...

Obs. 37 - Troubles dyspeptiques - nombreuses ulcérations toutes superficielles, les unes fissuraires, les autres punctiformes, de la face postérieure du corps.

M.S..., agé de 47 ans, publicitaire consulte le Pr. DEBRAY le 15 février 1960. Il se plaint de troubles dyspeptiques évoluant par périodes de 2 à 4 semaines separées par des phases d'amélioration, sans que l'état devienne parfaitemant satisfaisant, et signale une erythrose faciale post-prandiale et l'impression fréquente de bouffées de chaleur. Il n'y a pas de syndrome ulcéreux, aucune douleur épigastrique, ni de manifestation pathologique de type cardial. Le poids n'est pas modifié, demeurant à 78 kg. Il s'agit d'un fumeur important, la consommation d'alcool est notable.

L'examen clinique est négatif. Un bilan humoral est normal, y compris l'élimination urinaire de sérotonine vérifiée en raison des troubles vaso-moteurs.

La numération et la formule sanguine sont normales, on compte 9 éosinophiles.

L'examen RADIOLOGIQUE de l'estomac fait par le Dr. CHERIGIE le 27 Octobre 1959 montre des irrégularités de la petite courbure. Le transit baryté du grêle est normal.

Sur un nouvel examen avec probanthine le 23 février 1960 les gros plis persistent mais sont plus réguliers. Il existe en outre une hernie hiatale modérée.

La GASTROSCOPIE est faite le 7 mars 1960 par le Pr. DEBRAY. Anesthésie facile. Hiatus dentaire gauche. Passage de la sonde de Camus sous écran. Celle-ci descend dans le bas-fond ramenant quelques cc d'un liquide épais et blanchâtre fortement muqueux. Injection de 20 cc d'une solution de silicone. Passage du gastroscope assez facile sauf au niveau de la gorge où l'orifice de oesophage est un peu difficile à trouver. Quelques nausées. L'appareil descend mais étant donné la haute taille du sujet (1 m85) il n'est pas possible d'introduire l'appareil jusque dans le bas-fond. L'antre sera donc vu de loin. L'antre parait normal. Pas de contraction au cours de l'examen. Sphincter de l'antre de petite dimension. Dans le corps de l'estomac, sur la face postérieure, existe une gastrite très importante. Dans cette zone qui est très étendue sur la face postérieure, descendant presque jusqu'au sphincter de l'antre et remontant presque jusqu'au cardia, existent des plis très irréguliers, ayant perdu leur direction longitudinale habituelle. Ces plis sont saillants, oedémateux, rouges, présentant de nombreuses érosions superficielles de petite dimension, les unessfissuraires, les autres en point, dont le fond est blanchâtre (mucus et fausses membranes). Aucune de ces ulcérations ne parait profonde. Il n'y a donc pas de véritables ulcères. Autour de ces ulcérations, surtout sur la face postérieure près de la grande courbure existe une rougeur intense qui aboutit en certains points à de petites ecchymoses. L'exploration de toute cette face a été facilitée par l'utilisation de la poche gonflable qui était ici tout à fait indispensable. Par contre la face antérieure parait à peu près normale quoiqu'un peu rouge. Elle ne parait pas ulcérée. Dans la région du cardia on retrouve la distension de l'oesophage sous-disphragmatique qui était visible sur les radiographies. L'angle de Hiss est encore assez marqué. La muqueuse gastrique qui le

.../...

recouvre est rouge. Ayant les mêmes caractères que la muqueuse du corps de l'estomac mais sans ulcération. Puis dans une zone un peu distendue mais seulement à l'insufflation forte, on trouve les caractères de la muqueuse oesophagienne avec son aspect mince et ses petits vaisseaux en dents de peigne longitudinaux. La zone aveugle parait de petite dimension. Le reste de l'oesophage parait gastroscopiquement normal. Notez que dans l'estomac existe une hypersécrétion considérable avec, surtout dans la partie haute, du mucus concrété qui descend en véritable stalactite, en particulier de la région du cardia.

Conclusion : Gastrite hypertrophique, hypersécrétante, congestive et ulcéreuse de la face postérieure du corps de l'estomac. Petite hernie hiatale.

Un traitement groupant vitamine C et sulfate d'atropine par voie parentérale réglisse, poudre alcalino bismuthée est institué.

Obs. 38 - Gastrite ulcéreuse qui a été endoscopiquement observée alors qu'elle était en voie de guérison. Ulcération sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre.

M.Z..., agé de 35 ans, champignonniste, est adressé au Pr. DEBRAY le 2 novembre 1946. Quelques brûlures épigastriques très anciennes sont retrouvées à l'interrogatoire, mais il souffre presque quotidiennement depuis 2 ans, surtout vers 3 heures ou 4 heures du matin, étant ainsi réveillé par la douleur qui se prolonge jusqu'au lever ; le douleur se produit parfois aussi l'après midi vers 5 heures ou 6 heures, elle est calmée par la prise d'aliments. Un traitement à base staprolysat, de bichlorhydrate d'histamine, entrepris en juillet, a influencé ces troubles favorablement au bout d'un mois, néanmoins il continue de souffrir. L'examen clinique est négatif.

Sur les RADIOGRAPHIES du 12 novembre 1946 on observe trois petites niches de la petite courbure sous-cardiale et une zone suspecte au niveau de l'angle.

La GASTROSCOPIE est faite le 24 décembre 1946 par le Pr. DEBRAY , alors que le malade est amélioré du point de vue fonctionnel. L'examen est difficile, le malade étant nerveux. Gorge difficilement anesthésiée en raison de l'usage du tabac. L'estomac est petit hypertonique et hyperkinétique, il est très rouge, carminé. La rougeur prédomine dans la partie basse au niveau du sphincter de l'antre et au dessous. La partie haute du corps est de teinte presque normale. Il existe de plus un oedème de toute la muqueuse gastrique surtout dans la partie basse qui gonfle les plis. Ceux-ci sont serrés les uns contre les autres, laissant entre eux de minces sillons en plusieurs endroits, petite courbure, face postérieure du corps, ces sillons paraissent ulcérés, formant de mincesfissures en forme d' S. Sur le sphincter de l'antre, au niveau du pilier antérieur existe une ulcération superficielle recouverte d'une fausse membrane blanc grisâtre, à bords flous non saignante. Sans induration décelable de 4 à 5 mm de diamètre, n'ayant aucunement les caractères de l'ulcère de Cruveilhier. Sur le pilier postérieur, existe une enco-

-che limitée à 2 ou 3 cm. qui correspond très probablement également à une ulcération antrale. Le sphincter de l'antre est épaissi régulièrement et reste contracté. L'antre est rouge, d'une rougeur uniforme, ne paraissant pas ulcéré. Le pylore n'a pu être vu. Sur la partie haute de l'estomac, il n'y a pas d'ulcération décelable. Il est possible que les lésions ulcéreuses à peu près certaines sur les derniers clichés aient guéri depuis le 12 novembre 1946. Il est peu probable qu'elles aient pu toutes les trois passer inaperçues.

Conclusion : Gastrite erythémateuse, oedémateuse et ulcéreuse de la partie moyenne de l'estomac (fissures et ulcérations rondes). Pas de sang. Tolérance à l'air faible. Zone reflexogène sous-cardiale marquée.

Un traitement est prescrit comprenant de la poudre alcalino bismuthée pendant une semaine, du collargol la semaine suivante, la reprise du bichlorhydrate d'histamine et l'administration de barbituriques.

Le malade est revu le 30 juin 1947, il est amélioré, son appétit est redevenu normal, il ne souffre que lorsqu'il a faim de façon irrégulière. Le poids s'est élevé de 1 kg 5. L'effet du collargol est particulièrement net. Des sédatifs sont ajoutés au traitement.

Le 24 juin 1948, nouvelle consultation, il a été amélioré par le traitement mais depuis 1 ou 2 mois une sensibilité épigastrique avec impression de boule vers 5 ou 6 heures se fait plus distincte et l'appétit diminue, le poids n'est pas modifié. Une cure limitée de collargol est reprise.

Obs. 39 - Gastrite congestive oedémateuse, hypersécrétante comportant des ulcération fissuraires et arrondies presque punctiformes principalement sur la petite courbure et la face postérieure.

M.C..., agé de 35 ans consulte le 23 novembre 1961. Il souffre de puis son retour de Dakar en 1956 de vomissements qui ne connaissent d'horaire fixe et ne sont pas accompagnés de phénomènes douloureux. On note tout au plus une impression d'obstacle à la digestion, quelques éructations. De façon plus récente il s'agit surtout d'un rejet peu abondant de liquide glaireux parfois mêlé de débris alimentaire ne donnant pas au malade une sensation d'amertume ou d'acidité. Des efforts de vomissements importants accompagnent ce rejet dont l'extrême fréquence est le caractère dominant. Il se produit jusqu'à 10 fois par jour, le matin à jeun, après le petit déjeuner, en fin de matinée, voire pendant les repas, mais respecte la nuit. Un amaigrissement étalé sur ces dernières années est important. Actuellement le malade pèse 65 kg pour une grande taille.

.../...

Les EXAMENS RADIOLOGIQUES montrent une vésicule et des voies biliaires normales et d'autre part de fines irrégularités de la petite courbure verticale de l'estomac très suggestives d'une gastrite ulcéreuse.

GASTROSCOPIE faite le 7 janvier 1962 par le Pr. DEBRAY. Le passage préliminaire de la sonde est gêné par un spasme du sphincter supérieur de l'oesophage mais non pas par une exagération des réactions nauséeuses ; elle ramène une quarantaine de cc de liquide grisâtre non bilieux ni sanglant.

Le passage du gastroscope est facile. L'estomac est très allongé chez ce sujet longiligne et très grand.

La région entrale parait normale. Le pylore n'a pas été vu, caché par la saillie du sphincter de l'antre.

Il existe une gastrite du fundus très importante. En effet toute la muqueuse du fundus est rouge, avec en certaines zones, un aspect même presque vineux. Les plis sont épais, serrés les uns contre les autres, franchement oedémateux avec dans les sillons entre les plis un mucus qui les remplit comme le ferait une mince pellicule de gelée. Enfin il existe certainement des érosions qui se trouvent dans tout le corps mais particulièrement sur la petite courbure et la face postérieure voisine (peut-être parce que ces régions sont plus proches de l'objectif et par conséquent plus facilement analysables.) Les ulcérations sont très petites (moins de 2 mm de diamètre). Certaines sont arrondies, d'autres allongées fissuraires, celles-ci étant soulignées par un petit trait rouge hématique. Certaines des érosions arrondies sont cernées par un liséré carminé.

Ces phénomènes remontent jusqu'au cardia. Le cardia lui-même est normal. Peut-être les plis sont-ils un peu oedémateux et peut-être ce cardia est-il un peu large mais il s'agit là de nuances. La muqueuse oesophagienne dans la région immédiatement sus-cardiale parait normale.

En conclusion : Gastrite fundique importante congestive, oedémateuse, hypersécrétante et ulcéreuse. Antre et cardia normaux.

Obs. 40 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse prédominant dans la région angulaire. Ulcérations fissuraires et une arrondie.

Il s'agit depuis 1953 de crises douloureuses durant 2 ou 3 jours siégeant au creux épigastrique et survenant vers 3 heures de l'après-midi. Depuis 1 mois douleurs un peu plus basses transversales sous ombilicales. Au tubage hyperacidité.

RADIO : Pas de lésion pariétale décelable.

.../...

GASTROSCOPIE : L'antre peut être considéré comme normal, mais le corps de l'estomac présente lui des signes gastritiques intenses. Cette gastrite est caractérisée au niveau de l'angle par un oedème de la muqueuse et de nombreuses petites ulcérations fissuraires bien visibles aux changements d'incidence et au cours des mouvements respiratoires du malade. On note 6 ou 7 petites ulcérations fissuraires bien localisées au niveau de l'angle et parmi elles une ulcération un peu plus importante arrondie recouverte d'un fond blanchâtre. En dehors de ces signes ulcéreux on note une gastrite mamelonnée intense diffuse envahissant la face postérieure et la face antérieure. Il semble cependant que l'intensité de signes gastritiques soit maximum dans la région sous cardiale. La région du cardia parait normale.

Conclusion : Gastrite intense ulcéreuse et mamelonnée. Maximum des lésions dans la région de l'angle. (Dr. HOUSSET) 16.11.1961.

Obs. 41 - Erosions ressemblant à des plaques muqueuses siégeant sur la grande courbure. Ulcérations dont une étoilée sur la petite courbure.

M.J..., agé de 41 ans, manoeuvre, est vu à la consultation de l'hopital Vaugirard pour une symptomatologie oesophagienne faite d'une dysphagie très ancienne de type spasmodique et de crampes retrosternales augmentées par les aliments acides, très chauds ou très froids.

L'absence de lésions oesophagiennes va exiger une exploration gastrique d'autant plus qu'il existe une irrégularité de la petite courbure verticale suspecte de gastrite ulcéreuse sur les clichés, d'autre part le bulbe est irrégulier.

La GASTROSCOPIE le 10 mars 1951 est facile mais douloureuse. Elle constate une gastrite ulcéreuse diffuse à tout le corps de l'estomac : ulcération de la petite courbure verticale à peu près dans sa partie moyenne siégeant dans une zone oedémateuse. Une de ces ulcérations a 2 mm de diamètre, elle est de forme étoilée avec fond un peu blanchâtre. En amont de cette ulcération, toute une série d'érosions petites, presque ponctiformes, à fond blanchâtre. Sur la grande courbure érosions multiples ressemblant tout à fait à des plaques muqueuses : aspect blanc mat, bords irréguliers presque de niveau avec la muqueuse voisine siégeant au sommet des plis. Sur la face postérieure, gastrite mamelonnée importante.

La région antrale et le pylore qui sont bien vus sont un peu rouges sans ulcération décelable. Pas de fragilité de la muqueuse, pas de vaisseaux visibles.

En conclusion : gastrite ulcéreuse, oedémateuse et mamelonnée du corps.

.../...

OBSERVATIONS DE GASTRITES MAMELONNEES COMPORTANT

DES ULCERATIONS D'UN TYPE INHABITUEL OU AYANT FAIT L'OBJET

D'UNE DESCRIPTION PARTICULIERE.

Obs. 42 - Ulcérations nombreuses encochant les plis.

M.C..., agé de 40 ans, boucher, est adressé par le Dr. HARDOUIN le 14 décembre 1957. Il souffre de brûlures épigastriques lorsqu'il est penché en avant. Ce trouble étant ancien mais plus ou : moins marqué.

RADIO. - Bulbe très déformé.

GASTROSCOPIE. La partie haute est très rémaniée par des signes de gastrite intense. Les plis soht encochés par des ulcérations multiples, petites, triangulaires, à fond recouvert d'un enduit pultacé peu épais. Chaque pli présente un nombre important de ces ulcérations. Sur la face antérieure où il n'existe pas de pli on retrouve les mêmes lésions qui donnent un aspect "mité". La région du cardia est très rouge et il existe presque certainement une hernie hiatale.

Obs. 43 - Ulcérations encochant les plis.

Malade agée de 54 ans, femme de ménage, hospitalisée pour cirrhose éthylique.

Les RADIOGRAPHIES montrent de gros plis de la grande courbure et du corps de l'estomac.

GASTROSCOPIE le 25 mars 1958 (Dr. HOUSSET). L'aspect de l'estomac correspond tout à fait à l'aspect radiologique. Les plis sont énormes godronnés, pseudo-tumoraux par endroits. La muqueuse est rouge. Au sommet de certains plis on note de petites ulcérations qui encochent les plis. Par ailleurs il existe une hernie hiatale évidente avec des phénomènes congestifs importants du collet et une rougeur très nette du bas de l'oesophage.

Obs. 44 - Dépressions régulières, en cône, non saignantes sur la face postérieure du corps de l'estomac.

Mme L..., agée de 50 ans, souffre depuis 9 mois de douleurs épigastriques quotidiennes, plus intenses ces dernières semaines. Ce sont des crampes épigastriques immédiatement post-prandiales accompagnées d'hypersialorrhées et de vo-

.../...

missements pénibles. Les pansements n'apportent que peu d'amélioration. Amaigrissement de 13 kg depuis 9 mois.

RADIO. - En septembre 1957, aspect déchiqueté de la petite courbure verticale. En mars 1958 petite courbure presque normale, mais au niveau de l'angle petite niche.

GASTROSCOPIE le 10 mai 1958 par le Pr. DEBRAY à l'hopital Vaugirard. Dans le corps de l'estomac on note une muqueuse rouge dans son ensemble et surtout sur la face postérieure, l'existence d'un aspect irrégulier de la muqueuse avec ça et là des dépressions qui sont, pour certaines ulcérées, dépressions régulières, en cône, non saignantes, non bourgeonnantes. Les phénomènes remontent jusque vers la région du cardia. La région de l'angle est strictement normale.

Conclusion : gastrite érythémateuse, mamelonnée, oedémateuse et très légèrement ulcérée du corps sur toute la face postérieure.

Une BIOPSIE a été faite sous le contrôle du gastroscope. La sonde a été descendue le long du gastroscope qui était déjà en place, et elle est arrivée sur la face postérieure moyenne. On a pris là deux fragments sous contrôle de la vue, par conséquent dans une zone franchement pathologique. Les deux fragments sont fundiques. Leur épithélium de surface est régulier. Le système glandulaire est intact, avec une disposition normale des cellules principales et bordantes, sans atrophie. Le tissus interstitiel est très légèrement inflammatoire surtout en surface où se produit une congestion, avec un peu d'oedème. En somme, fundus presque normal, avec légère gastrite interstitielle superficielle. (Pr. LAUMONIER)

Obs. 45 - Gastrite mamelonnée avec ulcérations en coup d'ongle.

M.L..., malade du Dr. CHATELIN. Estomac en "cascade" toute la poche supérieure et postérieure de l'estomac est le siège d'une gastrite mamelonnée intense avec de petites exulcérations en coup d'ongle. L'examen de la région hiatale confirme l'existense d'une hernie de moyen volume mais montre également l'existence d'une ulcération superficielle légèrement hémorragique juste à la jonction de l'estomac et de l'oesophage.

Obs. 46 - Gastrite mamelonnée de la face postérieure de l'estomac comportant des ulcérations comparées à des plaques muqueuses.

M.S..., agé de 44 ans, souffre de douleurs épigastriques post-prandiales avec ballonnements. Intolérance aux graisses.

RADIO. - Le bulbe est mal injecté.

.../...

GASTROSCOPIE le 22 septembre 1951. Dans le corps de l'estomac, gastrite d'intensité modérée marquée,
1°) par une rougeur intense du bas de la grande courbure verticale et des faces adjacentes,
2°) par un épaississement des plis de la face postérieure qui ça et là portent de minimes exulcérations comparables par leur aspect à des plaques muqueuses,
3°) par des exsudats pultacés et de nombreux depôts salivaires.

Obs. 47 - Ulcérations punctiformes sur un pli particulièrement oedémateux de la petite courbure.

M.B..., agé de 40 ans, commis d'agent de change a des antécédents d'intoxication saturnine en 1945. Depuis un mois il souffre de brûlures épigastriques très tardives vers 3 heures du matin, calmées par la prise d'aliments accompagnées quelques fois de nausées.

RADIO. - Irrégularités de la petite courbure verticale. Réaction antrale importante et sur un cliché debout, niche de la petite courbure avec rigidité sus et sous-jacente, très suspecte d'ulcération. Duodénite.

GASTROSCOPIE. - Très importante gastrite mamelonnée du corps de l'estomac avec un pli très volumineux, oedémateux, qui porte ça et là (sur la petite courbure) des ulcérations punctiformes certaines. Ces ulcérations ne saignent pas, n'ont pas de fond rouge, elles ont un aspect en pente et sont minuscules 1 mm de diamètre. Toute la face postérieure est prise. La face antérieure est normale. La gastrite remonte jusqu'au cardia. La distension de la partie inférieure du corps est bien plus difficile que celle de l'antre.

Obs. 48 - Ulcérations gastritiques dispersées sur la face postérieure dont certaines à demi effacées ont un aspect en demi-lune.

Mme A..., agée de 36 ans, se plaint d'anorexie avec sialorrhées depuis 8 mois. Amaigrissement. Ethylisme. Le lobe gauche du foie est hypertrophié à la palpation.

RADIO. - Petite courbure verticale irrégulière, sur un cliché suspicion d'ulcère de la face postérieure.

GASTROSCOPIE. - Gastrite du corps marquée par un oedème très important de la face postérieure en particulier dans sa partie sous-cardiale où il y a un estomac tremblotant. Nombreuses petites ulcérations superficielles gastritiques recouvertes d'une fausse membrane blanche, de petites dimensions (2 à 3 mm), à bords irréguliers, dispersées sur cette face postérieure. Certaines de ces ulcérations dans la partie

.../...

basse de la face postérieure paraissent en voie de guérison. (aspect en demi-lune). Lac muqueux important, tolérance à l'air faible.

Obs. 49 - Gastrite diffuse du corps à gros plis et quelques petites ulcérations en cratère sur la grande courbure haute.

M.B..., agé de 37 ans, tourneur, a souffert en 1948 de douleurs post-prandiales précoces d'évolution périodique. Examen radiologique non concluant. Il s'est bien porté pendant un an, depuis deux ans souffre très souvent.

RADIO. - Bulbe irrégulier mal rempli.

GASTROSCOPIE le 19 janvier 1952 montre un gastrite diffuse du corps marquée par des plis un peu épais rouges portant par places de petites dépressions dont certaines ont un fond purpurique. Quelques ulcérations sur la grande courbure haute en cratère, très petites à fond blanc. Certains plis ont un aspect moniliforme, la face postérieure est proche de l'objectif et parait oedémateuse. Dans l'antre rougeur avec exsudats pultacés. Exsudats pultacés abondants avec lac muqueux très sale non bilieux.

Obs. 50 - Gastrite oedémateuse s'accompagnant d'érosions à la limite de la visibilité.

M.D..., agé de 40 ans, ouvrier spécialisé souffre depuis trois ans d'une gêne épigastrique journalière post-prandiale mais sans horaire fixe, sensation de réplétion gastrique et éructations, rarement de brûlures et de crampes. Amaigrissement assez important et asthénie.

RADIO. - Mai 1953 irrégularités de la petite courbure verticale, horizontale et de la grande courbure horizontale. Bulbe déformé sans niche.

GASTROSCOPIE. - Dans le corps de l'estomac, sur la face postérieure gastrite oedémateuse, importante, avec un aspect succulent de la muqueuse. Çà et là, quelques minimes érosions très superficielles, à peine visibles, de 1 mm de diamètre à fond blanchâtre. La face antérieure est normale dans sa partie basse mais dans la région immédiatement sous-cardiale, elle est rouge et on note l'existence de quelques vaisseaux. La tolérance à l'air est faible. Dépots pultacés assez abondants.

Obs. 51 - Gastrite à gros plis très intense du corps de l'estomac comportant plusieurs petites ulcérations à fond creusé pseudo-membraneux.

.../...

M.R..., agé de 42 ans, ouvrier spécialisé, souffre depuis deux ans d'un syndrome ulcéreux.

RADIO. - Déformations bulbaires. Très gros plis irréguliers mobiles de l'antre avec sur la petite courbure prépylorique une image lacunaire arrondie correspondant probablement à de gros plis. Irrégularités de la petite courbure et de la grande courbure.

GASTROSCOPIE le 28 aout 1952. La muqueuse antrale est érythémateuse avec des tach plus rouges çà et là. Visibilité des capillaires, contractions antrales faibles, pylore largement béant, sphincter de l'antre presque normal. Très importante gastrite du corps de l'estomac portant surtout sur la face postérieure qui présente plusieurs ulcérations de type gastritique : (superficielles, petites, quelques mm de diamètre, bien délimitées, fond pseudo-membraneux nettement creux) et de très gros plis enchevêtrés rouges, un peu saignants. De plus aspect mamelonné avec très gros mamelons sur la face antérieure, muqueuse tremblotante du fait de l'oedème.

Obs. 52 - Ulcérations prenant la forme de petites taches blanc jaunâtres légèrement déprimées accompagnant une gastrite mamelonnée.

M.B..., agé de 65 ans, présente à l'examen clinique des troubles neurologiques avec atteinte de la sensibilité profonde. Il a eu un melaena brusque il y a un mois. Amélioration du syndrome neurologique et anémique par un traitement de vitamine B 12.

Sur les RADIOGRAPHIES gros plis de l'antre mais sans rigidité, image en oméga prépylorique, bulbe duodénal irrégulier.

GASTROSCOPIE le 24 Juin 1950. Il existe une gastrite intense et diffuse marquée par un oedème de la paroi gastrique dont les plis sont épais et dont la muqueuse est un peu irrégulière, gonflée. Des ulcérations très superficielles paraissent en voie de guérison et se présentant sous forme de petites taches de 1 mm environ blanc jaunatres un peu déprimées, très nombreuses, diffuses, certaines siégeant au sommet des plis d'autres dans les sillons. Un purpura de la face postérieure très net est associé avec une hémorragie assez importante due soit au contact du tube avec la face postérieure soit à la distension par l'air. Les lésions sont surtout marquées dans le corps Elles paraissent moins importantes dans l'antre.

Le malade est revu en aout 1950.

A la GASTROSCOPIE l'estomac s'est considérablement amélioré. Il existe encore quelques minimes lésions : rougeur de la face antérieure oedème léger des plis de la face postérieure qui sont un peu épais, quelques ulcérations de la partie basse du corps très superficielles punctiformes un peu saignantes. L'antre et le pylore sont normaux.

Quelques mois plus tard le malade va mieux mais il reste d'assez gros troubles de la sensibilité profonde.

.../...

GASTROSCOPIE. L'estomac presente seulement quelques signes de gastrite mamelonnée discrète.

Obs. 53 - Gastrite comprenant une tuméfaction des plis et quelques ulcérations plates entourées d'un bord un peu surélevé siégeant sur la face postrieure du corps de l'estomac. Guérison vérifiée 4 mois plus tard.

Mme V..., (Dr. HARDOUIN) agée de 62 ans, gardienne d'immeuble. Elle se plaint de sensation de faim sans douleurs vraies. Elle a eu 2 ou 3 vomissements importants. Tous ces troubles sont survenus depuis 8 mois.

RADIO. - Grande courbure très déchiquetée, petite courbure irrégulière avec de très fines images d'addition.

GASTROSCOPIE le 16 juin 1960 (Dr. HOUSSET) Les plis de la muqueuse sont très volumineux, rouges, renflés par endroits, irréguliers. D'autre part, il existe en plusieurs points des ulcérations assez plates entourées d'un bord un peu surélevé. Ces ulcérations siègent un peu partout mais surtout au niveau de la face postérieure où l'on en a compté quatre. Le fond de ces ulcérations est détergé, il n'est pas d'un blanc très net. Dans la partie haute on retrouve le même aspect.

Le 27 octobre 1960 sous l'influence du traitement vitamine C atropine et poudre alcalino-bismuthée la malade ne souffre plus, elle se sent moins fatiguée mais elle n'a pas repris de poids (47 kg) L'appétit demeure également médiocre.

2ème Gastroscopie (Dr. BOURDAIS) Sur le corps de l'estomac on constate une amélioration considérable par rapport à l'examen précédent. Les ulcérations ont complètement disparu. Seule persiste une gastrite érythémateuse modérée prédominant sur la face postérieure.

Obs. 54 - Gastrite mamelonnée de la face postérieure du corps avec des ulcérations à peine visibles de 2 à 3 mm de diamètre à fond grisâtre, persistant à près d'un an d'intervalle.

M.P..., agé de 46 ans, est envoyé le 26 juin 1946 par le Dr. GUTMAN qui soupçonne une gastrite ulcéreuse. Dyspepsie très ancienne, une période de vomissement très lointaine et une période récente.

GASTROSCOPIE. Sur la face postérieure à la partie moyenne et haute du corps existent des lésions de gastrite oedémateuse et ulcéreuse : les plis normaux sont épais, irréguliers, au contact les uns des autres, séparés par des sillons plus ou moins profonds. Au fond des sillons çà et là très irrégulièrement réparties se voient de très minimes ulcérations à peine visibles de 2 à 3 mm de diamètre irrégulières, à fond grisâtre, tranchant à peine sur le reste de la muqueuse. Ces lésions ne saignent pas. Elles sont nombreuses, on peut en trouver 2 ou 3 sur 1 cm2. L'aspect n'est

.../...

pas celui qu'on montre habituellement dans les gastrites ulcéreuses où les lésions sont plus circulaires, plus nettes, moins nombreuses, avec un fond nettement pseudo-membraneux, aphtoïde. Pas de sang. Ces lésions sont à peine visibles.

Le malade est revu le 25 avril 1947 il a été amélioré par le traitement mais souffre de nouveau depuis le début du mois.

2ème GASTROSCOPIE : Gastrite ulcéreuse et oedémateuse prenant presque tout le corps. Elle commence peu au-dessous du cardia et descend à 2 cm environ du sphincter de l'antre. Les lésions prédominent sur la face antérieure. La petite courbure et la face postérieure proche de la petite courbure ne paraissent pas touchées. Toute la face antérieure est le siège d'un oedème irrégulier, accidenté avec çà et là des ulcérations de forme étoilée peu profondes certaines sont un peu saignantes, elles ont quelques mm de diamètre. Quelques une représentent une véritable ombilication d'une boule d'oedème. La face postérieure présente surtout un aspect oedémateux des plis.

Obs. 55 - Amaigrissement inexpliqué sans douleurs épigastriques, gastrite érythémateuse, oedémateuse avec ulcérations multiples, difficilement visibles, irrégulières à fond à peine blanc.

M.M..., agé de 55 ans, vernisseur, envoyé par l'hopital de Créteil pour élucider un amaigrissement important le poids étant passé de 64 kg au début de 1947 à 49 kg en Mars 1948. Anorexie pour les viandes mais il n'y a pas de douleurs épigastriques seulement quelques éructations. Manipule des vernis et de l'alcool. Fumeur modéré.

RADIO. - Irrégularités de la petite courbure.

GASTROSCOPIE le 19 juin 1948. Gastrite intense et diffuse à un degré extrême, muqueuse rouge vif épaisse, oedémateuse avec plis gauf rés et étalés. Nombreuses ulcérations de dimensions variables (2 à 5 mm) peu profondes irrégulières avec un fond à peine blanc bords non carminés. Ces ulcérations ne sont visibles que de près. Elles siègent dans tout le corps de l'estomac. Le sphincter de l'antre est un peu épais mais l'antre parait normal.

Obs. 56 - Gastrite mamelonnée localisée de la partie haute du corps de l'estomac avec une érosion linéaire verticale de 1 cm de long.

Malade agé de 28 ans, manoeuvre, vu le 11 juillet 1955 pour un syndrome ulcéreux non confirmé par la radiologie, résistant au traitement, tendant à perdre sa périodicité. Amaigrissement de 5 kg.

Aspect RADIOLOGIQUE normal.

.../...

GASTROSCOPIE le 30 septembre 1955 (Dr. HOUSSET) Dans la partie haute du corps de l'estomac, sur la face postérieure on découvre une petite ulcération gastritique linéaire très nette qui peut avoir environ 1 cm de longueur. Elle est allongée verticalement. Il existe en outre, dans cette région, une gastrite mamelonnée importante. La face antérieure antrale a été vue en fuite. Il n'existe pas de lésion à ce niveau.

Obs. 57 - Ulcération gastritique de la petite courbure accompagnant une gastrite mamelonnée du corps de l'estomac.

Chez un malade agé de 58 ans envoyé par le Dr. HARDOUIN depuis deux mois symptomatologie de néoplasme gastrique avec douleurs irrégulières, amaigrissement et anorexie.

RADIO. - Sur la petite courbure haute au-dessus de l'angle il existe une zone irrégulière avec une petite niche.

GASTROSCOPIE faite le 12 juillet 1960 par le Dr. BOURDAIS. Gastrite érythémateuse diffuse importante du corps et gastrite mamelonnée prédominante sur la petite courbure. Au niveau de la petite courbure sus-angulaire, sur son versant antérieur il existe une ulcération de type gastritique. Cette ulcération est petite, superficielle, recouverte d'une fausse membrane blanchâtre, ses bords sont rouges.

Obs. 58 - Syndrome ulcéreux chez un éthylique porteur d'une cirrhose débutante. Peu de signes radiologiques. Gastrite ulcéreuse de la face postérieure du corps.

M.B..., agé de 53 ans, blanchisseur est adressé à M. le Pr. DEBRAY le 23 février 1956. Il se plaint d'une douleur épigastrique basse irradiant dans le dos à type de crampes durant environ un quart d'heure, survenant régulièrement chaque jour vers 6 heures de l'après-midi et vers 11 heures du matin, jamais la nuit, cette douleur est calmée par l'alimentation et les poudres alcalines. La douleur est isolée, ne s'accompagne ni de nausées ni de vomissements, le transit intestinal est normal. L'appétit est même conservé ainsi que le sommeil dans l'ensemble. Une douleur péri-ombilicale s'est produite quelques jours en novembre 1955.

L'amaigrissement est important, atteignant 7 et 8 kg en 6 mois, actuellement le poids est de 62, 8 kg pour 1 m 83.

Un EXAMEN RADIOLOGIQUE le 2 février 1956 montre un estomac normal néanmoins sur quelques clichés, des irrégularités de la petite courbure verticale sont visibles. Le bulbe est normal. D'autre part un lavement baryté du 27 février met en évidence un dolichocolon discret sans image lésionnelle.

.../...

La GASTROSCOPIE est faite le 29 février 1956 par le Pr. DEBRAY. Après soustraction de 20 cc d'un liquide épais légèrement bilieux, passage du gastroscope facile. Les contractions antrales sont correctes. On note l'existence de quelques exsudats pultacés. L'antre a un aspect ovalaire et présente un certain degré d'antrite érythémateuse. La petite courbure immédiatement prépylorique n'a pu être vue. Le sphincter antral est normal. Dans le corps de l'estomac existe une rougeur diffuse. Cette gastrite erythémateuse se double sur la face postérieure d'un aspect mamelonné très étendu, qui gagne même la face antérieure, ce qui est tout à fait exceptionnel. Il existe d'autre part surtout sur la face postérieure des ulcérations superficielles de 2 mm de diamètre, surtout à la partie moyenne située en pleine face postérieure, à mi-distance des deux courbures. 5 ou 6 de ces ulcérations ont été visibles. Leur fond est de teinte un peu grisâtre. Elles siègant dans des zones très gastritiques, elles ne s'accompagnent pas de saignements. L'existence de ces minimes pertes de substances, qui n'ont aucun des caractères d l'ulcère de Cruveilhier est certaine. Il existe en outre une sécrétion muqueuse abondante, avec mucus tombant en stalactites de la face postérieure près de la petite courbure. Le lac muqueux est encore abondant et d'aspect bilieux. Enfin il existe une petite poche au dessus du rétrécissement cardial habituel avec sur le dos d'âne qui sépare cette poche de la muqueuse gastrique une muqueuse assez oedémateuse. Il existe là probablement une minime hernie hiatale. L'oesophage parait gastroscopiquement normal.

Conclusion : gastrite intense diffuse, prédominant dans le corps, mamelonnée ulcéreuse, érythémateuse et catarrhale.
Probabilité de petite hernie hiatale.

Traitement prescrit : vitamine C atropine, poudre alcalino-bismuthée, réglisse, sirop de phénergan.

Le malade est revu le 26 mai 1956. Le traitement est bien supporté. Il a pris 2 kg en 4 mois, pesant 65 kg, se sent mieux mais encore fatigué, il n'a pas repris son travail. Il se plaint d'une sensation de poids permanent sur l'épigastre mais les crampes ont disparu.

Rechute en janvier 1957 avec syndrome ulcéreux. Les examens radiologiques faits à Bichat permettent d'observer une hypertrophie pylorique franche avec peut-être une niche du canal pylorique d'autre part une hernie hiatale. A l'examen clinique gros foie d'origine probablement éthylique. Une biopsie de muqueuse gastrique lue par le Pr. LAUMONIER le 27 mars 1957 donne les résultats suivants : les 5 lambeaux qui ont été prélevés appartiennent au fundus. La muqueuse est assez nettement amincie. L'épithélium de surface n'est pas remanié ; par contre les culs de sac sont légèrement atrophiques, entre un chorion infiltré de plasmocytes en surface et scléreux en sa partie profonde. On rencontre notamment une bande fibreuse entre le fond des glandes et la musculaire muqueuse. Cette sclérose engaine des artérioles étroites avec des cellules endothéliales gonflées. Ce sont donc les caractères d'une gastrite interstitielle subaigue chronique, avec ébauche d'atrophie. La topographie de la sclérose et son aspect sont très proches des structures rencontrées dans les gastrites éthyliques.

Un traitement anti-gastritique groupant poudre alcalino-bismuthée, régastrol, phénergan et une cure d'extraits hépatiques associés à la vitamine B 12 sont entrepris avec succès.

.../...

Obs. 59 - Syndrome ulcéreux clinique. Gastrite hypertrophique et ulcéreuse intense.

M.G..., agé de 32 ans, négociant en matériaux de construction est adressé à M. le Pr. DEBRAY le 26 septembre 1957. Il a souffert de douleurs survenant par longues périodes la première de juin 1956 à janvier 1957, suivie d'une acalmie puis reprise en mars 1957 avec poussée plus vive en juillet 1957. Il s'agit de crampes survenant régulièrement chaque jour à 10 heures du matin, 4 heures de l'après-midi, rarement la nuit vers 2 ou 3 heures. Elles sont calmées par l'alimentation, par les poudres, il n'existe ni nausées, ni vomissements associés, seulement quelques brûlures oesophagiennes minimes et rares. L'appétit est conservé de même que le sommeil dans l'ensemble, le transit est normal. L'antécédent d'un mélaena en juin 1956 est possible mais douteux.

Au total syndrome ulcéreux assez typique appuyé par la notion d'un amaigrissement franc de 6 kg, le poids étant descendu de 75 kg à 69 kg.

Il s'agit d'un fumeur mais la consommation d'alcool est assez faible.

Sur les EXAMENS RADIOLOGIQUES du 14 décembre 1956 et du 28 mars 1957 donnant sensiblement les mêmes images on est frappé par la netteté et l'intensité de l'aspect gastritique avec un aspect pseudo-polypoïde formé par la grosseur et l'anarchie des plis aussi bien du corps que de l'antre et sur les clichés en réplétion complète subsiste un aspect gastritique marécageux tout le long de la grande courgure large de 2 à 3 cm. La petite courbure comporte aussi des irrégularités très nombreuses d'aspect variable non seulement spiculaire mais aussi dessinant de petits plateaux. Même sur le cliché en réplétion complète la clarté d'un pli se distingue parallèle à la petite courbure verticale isolant celle-ci de l'ensemble de l'opacité gastrique. Sur quelques clichés du 14 décembre 1956 on distingue en outre une curieuse tache isolée du contour sous-cardial qui pourrait en imposer pour une niche.

La GASTROSCOPIE est faite le 27 septembre 1957 par M. DEBRAY. Une quinzaine de cc de liquide grisatre ni bilieux ni sanglant sont d'abord recueillis. Le passage du gastroscope est facile. La partie antrale de l'estomac parait gastroscopiquement normale peut-être un peu rouge, siège de belles contractions. Le pylore est très éloigné chez ce malade très grand et n'a pu être correctement vu.

Le sphincter de l'antre parait normal avec des contractions correctes, sans raideur. C'est dans le corps de l'estomac que se trouvent les lésions. Il existe dans toute l'étendue du corps de gros plis, surtout sur la face postérieure haute, avec de gros mamelons très serrés séparés par des plis profonds. La face antérieure est comme d'habitude, moins atteinte. Enfin, existent toute une série d'exulcérations (on en compte 6 ou 7) qui se trouvent éparses dans le corps. On en trouve tout en bas, juste au-dessus du sphincter antral, d'autres sur la face postérieure, situées au sommet des plis, soit sur leur versant. Ces ulcérations sont minimes (1 à 2 mm de diamètre), très superficielles à bord peu net et à fond légèrement blanchâtre. Elles sont très légèrement déprimées aucune d'entre elles n'a l'aspect de l'ulcère.

.../...

On a recherché avec grand soin un ulcère, on n'a pu en mettre en évidence, mais il faut dire qu'une toute petite région de la face postérieure n'a pu être examinée complètement malgré l'utilisation de la poche gonflable.

Existence de nombreux dépots pultacés.

Dans la région immédiatement sous-cardiale, ébauche de diverticule sous-cardial avec un pli vers l'aval, arciforme, et une dépression qui représente à peu près la moitié d'une noisette.

La région du cardia est tout à fait normale. On reconnait très nettement la muqueuse oesophagienne de la muqueuse gastrique. La muqueuse oesophagienne est plus lisse et moins succulente que celle de l'estomac. D'autre part, elle présente surtout sur la face antérieure toute une série de petits capillaires verticaux, parallèles, très proches les uns des autres, qui s'arrêtent brusquement à la jonction avec la muqueuse gastrique. On reconnait surtout sur la face antérieure l'aspect festonné (à gros festons très larges) de la jonction de la muqueuse oeso -gastrique. Sur la face postérieure, cet aspect est moins net endoscopiquement. Pas de hernie hiatale.

La région aveugle du bas-oesophage est normale.

Conclusion : 1°) gastrite fundique intense, hypertrophique, mamelonnée, ulcéreuse, pultacée.
2°) Antrite érythémateuse.

Deux prélèvements biopsiques sont effectués.

Le 2 octobre 1957 quelques examens complémentaires sont précisés, la numération et la formule sanguine qui sont normales de même que la vitesse de sédimentation. Le pouvoir histaminopexique du sérum est nul. L'examen des prélèvements biopsiques donnent les renseignements suivants : l'un est malpighien oesophagien. Il est le siège d'une légère inflammation lymphoïde de la sous-muqueuse. L'autre est fundique. Il comporte une intense hétérotopie caliciforme, avec élaboration d'une grande quantité de mucus. Les cellules glandulaires subissent une desquamation dans beaucoup de tubes. Le chorion est infiltré par des amas leucocytaires.

C'est une très intense gastrite interstitielle et épithéliale dont le caractère essentiel est l'énorme hypersécrétion de mucus. Il n'y a pas d'indice de prolifération maligne dans ce prélèvement.

Obs. 60 - Troubles dyspeptiques et amaigrissement avec quelques douleurs . Radio : gros plis avec suspicion de niche sus-angulaire. A la gastroscopie gastrite mamelonnée oedémateuse et ulcéreuse faite de quelques érosions blanchâtres, limitées à la face postérieure.

M.L..., agé de 59 ans, dessinateur, consulte le Pr. DEBRAY en octobre 1955. Depuis le mois d'aoout 1955, il se plaint d'anorexie et de quelques nausées. En septembre 1953, il y eu quelques douleurs non quotidiennes vers 10 heures du matin.

.../...

Amaigrissement de 5 kg en un mois, le poids actuel étant de 85 kg pour 1 m 72. Ce malade a d'ailleurs repris 1 kg.

Sur les RADIOGRAPHIES de gros plis sont visibles dans la région sus-angulaire avec la suspicion d'une niche. L'impression radiologique est assez inquiétante. D'autre part, dans la région sous-cardiale une seconde niche peut être discernée mais elle parait beaucoup plus discutable.

La GASTROSCOPIE est faite le 14 octobre 1955 par le Pr. DEBRAY. La partie basse de l'estomac est normale. Sphincter de l'antre normal, ne présentant certainement pas d'ulcération. Toutes les lésions se concentrent sur la face postérieure. Celle-ci est irrégulière, présentant des gros plis avec çà et là surtout dans les dépressions, quelques érosions marquées par un aspect un peu blanchâtre de la muqueuse avec quelques pétéchies. Il n'y a aucun saignement. Il ne semble pas y avoir de bourgeonnements. L'examen a été rendu un peu difficile par la proximité de la face postérieure. Le gastroscope ne portait malheureusement de poche gonflable. Les lésions remontent jusque dans la région sous-cardiale sur la petite courbure. Sur le cardia même, existe sur la face antérieure, une dépression assez étendue dont le fond est un peu blanchâtre mais qui ne parait pas ulcéré. La face antérieure est normale. Au total lésion gastritique assez importante de la face postérieure avec minimes érosions sans ulcération, sans bourgeonnement, sans saignement. Malgré l'examen un peu incomplet, il est tout à fait improbable qu'il s'agisse d'une lésion cellulaire de la face postérieure. Le malade doit cependant rester sous surveillance radio-clinique.

Conclusion : gastrite mamelonnée, oedémateuse, ulcéreuse de la face postérieure du corps remontant jusqu'au cardia.

Obs. 61 - Gastrite oedémateuse et érosive localisée de la face postérieure du corps et de la partie sous-cardiale de l'estomac.

Mme L..., agée de 47 ans, sténo-dactylo, consulte le Pr. DEBRAY en mars 1950. Un an avant elle avait souffert d'une douleur épigastrique haute à irradiations multiples en particulier vers le dos, de survenue quotidienne. Actuellement se plaint surtout de pesanteurs post-prnadiales d'une douleur irrégulière par rapport aux repas. Il n'y a pas de vomissements. Constipation habituelle : une selle tous les deux ou trois jours même avec usage de laxatifs doux. Chute de poids marquée de 11 kg depuis un an.

La GASTROSCOPIE est faite par le Pr. DEBRAY. La sonde de Camus ramène 35 cc de liquide un peu trouble bilieux. Le passage du gastroscope est facile. La partie basse de l'estomac est normale, les contractions antrales normales, le sphincter de l'antre a un aspect également normal. En revanche la face postérieure, la petite courbure du corps et surtout la région sous-cardiale présente une gastrite importante avec oedème des plis qui sont tortueux. Les sillons entre les plis sont étroits. Dans la région sous-cardiale, dépôts blanchâtres dans les sillons cernés par le liseré rouge et recouvrant probablement de petites ulcérations allongées le long des plis, de 4 ou 5 mm de long. Les lésions sont maximum sur la petite courbure et vont

.../...

en diminuant vers la grande courbure à mesure qu'on s'éloigne de la petite courbure. La face antérieure est à peu prés normale, çà et là sur la face postérieure pétéchies dues à la distension et indiquant une fragilité anormale de la muqueuse. Tolérance à l'air normale. L'estomac peu sensible à la distension.

Conclusion : Gastrite de la face postérieure sous-cardiale et du corps oedémateuse et érosive.

Obs. 62 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse rapidement résolutive. Rechute fugitive 5 ans plus tard.

M.G..., agé de 44 ans, conducteur d'autorail, est vu par le Pr. DEBRAY le 25 octobre 1955. Alors qu'il n'accuse aucun antécédent digestif, il se plaint de troubles dyspeptiques apparus depuis 6 semaines. Les troubles consistent en sensation de plénitude gastrique dès le début des repas, nausées post-prandiales sans vomissements, avec impression de ballonnement épigastrique. Le tout entraine une anorexie importante s'accompagnant de dégout du tabac. Il n'existe aucun trouble colique. L'amaigrissement atteint 4 kg depuis le début des troubles.

Les RADIOGRAPHIES gastriques du 8 novembre 1955 montrent des signes de gastrite et de bulbite et sur un cliché pris en position debout une niche peut être fortuite mais d'un dessin carré inquiétant. Une gastroscopie semble de ce fait nécessaire.

GASTROSCOPIE le 15 novembre 1955 par le Dr. HOUSSET.

On retire par la sonde de Camus 50 cc de liquide gastrique clair non sanglant. Exploration complète, facile, tolérance à l'air médiocre, kinésie forte. La partie basse de l'estomac a été bien vue, le pylore est normal. La muqueuse antrale est rouge dans son ensemble sans lésion décelable. Le sphincter de l'antre est épaissi et rouge. On note sur le pilier antérieur deux mamelons assez importants présentant à leur sommet une exulcération blanchâtre. Il s'agit certainement de lésions de gastrite. Dans le corps de l'estomac, la muqueuse est très rouge, très mamelonnée surtout sur la face postérieure. Les plis de la grande courbure sont très accentués. Dans la partie haute les signes gastritiques sont maximum et il existe là enfore de petites zones certainement exulcérées. Aspect infundibulaire de la région sous-cardiale évoquant la possibilité d'une hernie hiatale.

Conclusion ; gastrite érythémateuse, mamelonnée et ulcéreuse très importante du corps de l'estomac.

Un traitement anti-ulcéreux est institué comportant des injections parentérales de sulfate d'atropine et vitamine C. Le malade est revu le 17 janvier 1956, une nouvelle série de clichés gastriques est normale. Un traitement de pansements et d'anti-gastritiques seuls est alors poursuivi. Une sinusite passagère est notée. Vérification de son état qui est excellent en juin 1956.

.../...

Le 13 aout 1960 nouvelle consultation pour une rechute des troubles fonctionnels - anorexie, pesanteurs dès la prise d'aliments, nausées. Ces troubles cèdent rapidement avec le reprise du traitement comportant de nouveau une série d'injections parentérales. Les radiographies confirment la rechute de la gastrite.

Le 27 septembre 1960, après traitement, l'état est de nouveau satisfaisant, le poids est monté de 2 kg.

Revu le 16 Mai, il ne se plaint d'aucun trouble, l'état général est bon, il pèse 75 Kg (taille 1 m 75).

Les radiographies de contrôle ne révèlent aucun signe gastritique. Une lacune de la grosse tubérosité avec conservation des plis sans signification facheuse est mentionnée.

Obs. 63 - Ulcérations superficielles siégeant soit sur la crête des plis, soit entre ceux-ci, à fond blanchâtre, entourées d'une zone claire.

M.V..., agé de 57 ans. En decembre 1951 rhume et fièvre. Diagnostic : grippe. Puis survient une coqueluche qui parait authentique car il y a des quintes de toux, chant du coq, ces phénomènes durant une dizaine de jours (l'épisode grippal du début n'était-il pas la phase d'invasion de la coqueluche ?) Traitement par la péniciline (8 piqures) mais le médicament est mal toléré : apparition d'un urticaire généralisé avec oedème du visage, des lèvres et des bourses. Pas d'oedème de la glotte. Le malade n'est pas guéri de sa coqueluche. Il a encore des quintes la nuit.

Depuis un mois douleurs épigastriques sans horaire assez violentes, durant 15 à 30 minutes accompagnées de nausées, améliorées par les poudres et qui ont une curieuse direction : elle sont à la fois verticales le long de l'oesophage et transversales en barre, si bien que le malade traduit cela en disant qu'il a une douleur en croix. Ces phénomènes ont d'ailleurs notablement diminué depuis quelques jours.

Amaigrissement de 3 kg. Cataracte survenue à 39 ans au cours de sa captivité.

RADIO : Le 10 février 1961 : gastrite à gros plis du corps de l'antre, bulbite pas de niche décelable. Sur les clichés du 4 mars 1961 même aspect peut-être même amélioré, mais sur l'angle apparition d'une niche qui n'est visible que sur quelques clichés sur laquelle on peut discuter (vraie niche ulcéreuse ou fausse niche). C'est pourquoi on fait une gastroscopie.

GASTROSCOPIE : faite avec le gastroscope photographique (malade édenté, très docile). Il existe effectivement une gastrite intense qui prend presque tout l'estomac mais qui prédomine dans la région de l'angle et dans la partie basse du corps. La lumière de l'antre est un peu déformée par des plis qui siègent non seulement sur la grande courbure ce qui est normal, mais sur la petite courbure et sur les piliers antérieurs et postérieurs du voisinage. Ces plis sont rouges, non ulcérés dans cette région. Il n'y a pas d'ulcération décelable en particulier de type ulcéreux sur la petite courbure angulaire. Les contractions sont faibles. Elles ont tendance semble-t-il à avorter après avoir commencé au niveau de l'angle. La grande courbure

.../...

antrale est normale. Le pylore n'a pu être vu.

Dans le corps de l'estomac, dans sa partie basse, existent de grosses modifications de la muqueuse qui a un aspect succulent, surtout sur la face antérieure qui est très brillante, . (reflet de la lumière sur la muqueuse). D'autre part, surtout sur la grande courbure existent un grand nombre d'ulcérations superficielles dont un certain nombre se trouve sur la crête des plis. Ces ulcérations sont petites ont 2 ou 3 mm de diamètre. Elles ont un fond un peu blanchâtre. Elles sont entourées d'une zone claire. Elles sont peu profondes. Il n'y a pas d'induration de voisinage (le pli au niveau de l'ulcération n'est pas particulièrement épaissi), certaines siègent non pas sur les plis mais entre les plis;il n'y a pas de saignement. Noter dans certaines régions qu'il y a une sorte de réseau fibrineux localisé qui doit correspondre très probablement à la cicatrisation de certaines ulcérations (le malade va actuellement mieux). La région de la partie haute de l'estomac parait plus normale. Il faut noter simplement dans le cardia que celui-ci est rouge et qu'il y a là sur la face antérieure un gros pli , il n'y a pas de hernie hiatale gastroscopiquement décelable.

Au total, gastrite intense diffuse mais prédominant sur la partie basse du corps avec des ulcérations et un aspect oedémateux de la muqueuse. Il s'agit donc d'une gastrite ulcéreuse à prédominance fundique basse. Pas d'ulcère décelable.

Pr. Ch. DEBRAY

18 mars 1961.

OBSERVATIONS CONCERNANT DES GASTRITES MAMELONNEES

COMPORTANT DES ULCERATIONS NON DEFINIES.

Obs. 64 - Gastrite érythémateuse trouvée en 1946. Gastrite hypertrophique et ulcéreuse 5 ans plus tard, en voie de guérison à la fin de la même année.

M.D..., agé de 45 ans, souffre depuis de nombreuses années de brûlures épigastriques post-prandiales à la fois précoces et tardives avec une intolérance aux pommes de terre et aux pâtes.

RADIO : Petites irrégularités de la petite courbure.

GASTROSCOPIE (1946) L'estomac est très intolérant à l'air et présente de très fortes contractions. Toute la muqueuse gastrique est rouge dépolie avec des exsudats mais sans ulcération actuellement décelable. Les plis ne sont pas oedématiés, le sphincter de l'antre est normal. En raison de l'hyperkinésie et de l'hypertonie gastrique la petite courbure antrale et le pylore n'ont pu être vus. La gastrite prend le corps de l'antre elle est maxima sur la face antérieure basse.

Le malade est revu le 24 février 1951. Depuis le dernier examen, il a continué de souffrir de manière irrégulière. D'autre part il a eu un mélaena en 1949, une petite hématémèse le 9 septembre 1949, et en 1950 une hématémèse plus grave de sang noir.

RADIO : Irrégularités de la petite courbure verticale. D'autre part aspect douteux de la région sous-cardiale.

GASTROSCOPIE. - Estomac hypertonique et hyperkinétique. Gastrite considérable, rarement rencontrée à ce degré prenant tout l'estomac. L'antre a une muqueuse rouge, d'aspect grenu avec çà et là de petites dépressions cratériformes correspondant très probablement à des ulcérations. Dans le corps de l'estomac on trouve de gros plis épais présentant une gastrite mamelonnée considérable avec çà et là, des ulcérations irrégulières. Les ulcérations prédominent sur la grande courbure et la face antérieure. Sur la face antérieure immédiatement sous-cardiale, important gonflement rouge avec tâches plus rouges par places, peut être un peu saignant, avec exulcération comme dans le reste de l'estomac mais sans ulcération vfaie.

Le 17 novembre 1951. Il souffre moins ayant été très amélioré par la vitamine C.

GASTROSCOPIE. - La gastrite a considérablement diminué. L'antre est normal Dans le corps de l'estomac la partie basse est encore rouge, la partie haute présente sur la face postérieure un aspect mamelonné mais sans aucune érosion. Sur la région sous-cardiale sur la face antérieure, grosse saillie tremblotante due soit à une compression extrinsèque ou a un oedème sous-cardial.

Deux fragments de muqueuse fundique ont été prélevés. leur architecture glandulaire est normale avec une forte proportion de cellules bordantes. Le chorion

.../...

est riche en lymphocytes et en plasmocytes traduisant une gastrite interstitielle subaïgue très modérée.

Obs. 65 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse.

Malade agé de 39 ans, travaillant à la trempe des aciers. Il vomit depuis 4 mois et ressent une douleur épigastrique violente à type de torsion post-prandiale tardive. Depuis la cessation du travail il a repris du poids et de l'éppétit.

RADIO : Irrégularité au niveau de l'angle sans niche certaine.

GASTROSCOPIE. - Le corps de l'estomac surtout sur la face antérieure et la grande courbure présente une gastrite intense marquée par une rougeur diffuse, de gros plis, serrés, gonflés, tortueux et de petites ulcérations très superficielles au sommet de ces plis ou sur leurs versants, recouvertes d'un exsudat pseudo-membraneux qui d'abord attire l'attention.

Obs. 66 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse du corps de l'estomac histologiquement mixte épithéliale et interstitielle.

M.B..., agé de 52 ans, magasinier, souffre par intermittence depuis plusieurs années avec un amaigrissement récent. Ethylisme.

RADIO : Aspect vermoulu de la petite courbure, hyperkinésie.

GASTROSCOPIE (Dr. HOUSSET) Le 31 octobre 1953. La muqueuse antrale présente un aspect rubéoliforme, avec des zones rouges et des zones plus claires alternées. Il existe de gros plis rouges, et quelques vaisseaux visibles. Pas d'ulcération décelable. Dans le corps de l'estomac, plis énormes, godronnés, rouges cérébriformes avec de petites ulcérations gastritiques surtout au niveau de la face postérieure. Région sous-cardiale oedémateuse.

Un fragment prélevé appartient à la muqueuse fundique ; celle-ci ne reste identifiable que par de très rares cellules bordantes. Les lésions internes atteignent à la fois le parenchyme glandulaire et le chorion. Certaines glandes et certaines parties de l'épithélium de surface sont hyperplasiques ; d'autres régions sont en hétérotopie caliciforme. Le chorion contient de nombreux ilots de plasmocytes et même quelques nodules scléro-inflammatoires. Il s'agit d'une gastrite mixte épithéliale et interstitielle.

Obs. 67 - Gastrite mamelonnée accompagnée d'exulcerations recouvertes d'enduit pultacé.

M.L..., agé de 43 ans, employé de l'Assistance Publique souffre depuis 25 ans de douleurs épigastriques post-prandiales tardives. Amaigrissement récent. L'étude du chimisme montre une hyperchlorhydrie, avec un peu de sang au tubage.

RADIO. - Gros plis de l'antre et du corps. Petit aspect frangé de la petite courbure antrale.

GASTROSCOPIE le 24 novembre 1953. La partie basse de l'estomac (pylore, antre, sphincter de l'antre) est rouge, sans ulcération décelable. A noter cependant au niveau du pilier antérieur du sphincter de l'antre deux petites zones rouges vif, très vraisemblablement exulcérées. Dans le corps de l'estomac, hypertrophie considérable des plis surtout au niveau de la grande courbure où il sont godronnés cérébriformes. Sur la face postérieure et la petite courbure, surtout dans la partie haute de l'estomac on note une gastrite oedémateuse et mamelonnée très importante et en plusieurs endroits la muqueuse présente de petites exulcérations recouvertes d'enduit pultacé. Lac muqueux abondant bilieux.

Obs. 68 - Gastrite mamelonnée comportant des ulcérations superficielles du corps de l'estomac.

Mme L..., agée de 58 ans, gouvernante est envoyée le 1 octobre 1955 par le Service du Pr. MOREAU. En 1949 la malade a souffert de crises douloureuses épigastriques. En 1950 hémorragie intestinale. On découvre un ulcère de l'estomac qui est traité médicalement. Un an plus tard nouvelle hémorragie intestinale, des varices oesophagiennes sont alors reconnues. Elle ne souffre plus jusqu'en 1955. Le 28 aout 1955 nouvelle hémorragie intestinale très importante. Gastroscopie demandée avec le soupçon d'une lésion cardio-tubérositaire saignante et maligne.

RADIO. - Hernie hiatale.

GASTROSCOPIE le 1er octobre 1955. Estomac en cascade : après un arrêt dans la poche supérieure on descend jusqu'à l'antre. La muqueuse antrale est très modifiée par des signes intenses d'atrophie : pâleur marquée, aspect parcheminé, visibilité vasculaire. Dans le corps de l'estomac la muqueuse est très remaniée par une gastrite importante dans la partie moyenne. Elle est rouge, succulente, avec en plusieurs points des zones déprimées certainement exulcérées. Dans la partie haute au niveau de la face supérieure l'aspect est différent il s'agit là d'une gastrite mamelonnée intense avec ulcérations gastritiques très nettes.

.../...

Obs. 69 - Hernie hiatale confirmée par la gastroscopie qui apporte en outre la notion d'une gastrite mamelonnée et ulcéreuse du corps de l'estomac.

Femme agée de 66 ans, souffrant d'éructations, douleurs épigastriques exagérées en décubitus ou quand la malade se penche en avant. Cette symptomatologie évocatrice d'une hernie existant depuis plusieurs années.

GASTROSCOPIE. - Le 16 février 1957. Les plis du corps de l'estomac sont nettement hypertrophiques avec quelques exulcérations gastritiques sur certains plis de la partie haute. Il existe effectivement une hernie hiatale indiscutable gastroscopiquement mais sans signes inflammatoires.

Obs. 70 - Gastrite mamelonnée comportant deux ulcérations l'une sur la petite courbure, l'autre sous-cardiale.

M.B..., agé de 52 ans, électricien se plaint d'un syndrome gastritique datant de 10 ans, exacerbé depuis deux ans.

RADIO : Gros plis.

GASTROSCOPIE le 16 juin 1958. La muqueuse de la partie basse du corps est un peu rouge et sur la face postérieure on retrouve une gastrite mamelonnée qui va en s'accentuant au fur et à mesure qu'on remonte. On note de plus sur la petite courbure une petite ulcération de 2 à 3 mm sur un pli n'ayant pas l'aspect d'un ulcère vrai. A la partie haute sous-cardiale, sur la face antérieure, également sur un pli on retrouve une 2ème ulcération de 3 à 4 mm cerclée d'un halo rouge sans convergence de plis, à fond blanchâtre.

Obs. 71 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse. Rechute 2 ans plus tard plus diffuse.

M.L..., agé de 52 ans, commis d'entreprise ; souffre depuis 3 ans de douleurs épigastriques périodiques avec vomissements, survenant 7 à 8 heures après le repas. Pendant les poussées douloureuses intolérance gastrique presque absolue.

RADIO : le 27 décembre 1952 sur quelques clichés la petite courbure verticale est légèrement irrégulière. Gros plis sous-cardiaques.

GASTROSCOPIE le 5 février 1953. Dans le corps de l'estomac, présence sur la face postérieure d'une gastrite mamelonnée intense avec gros mamelons séparés par des dépressions profondes dont beaucoup sont remplies d'un dépôt pseudo-membraneux. Il y a là certainement dans les plis de petites ulcérations. En certains points, en particulier sur la petite courbure sous-cardiale, existence de dépressions profondes dont le fond parait ulcéré. La face antérieure est moins touchée.

.../...

Une biopsie à l'aveugle montre une gastrite interstitielle lympho-plasmocytaire.

Le malade est revu deux ans plus tard, le 25 février 1955. Il a été très amélioré par le traitement de vitamine C et d'atropine, mais il se plaint d'une reprise de douleurs qui sont intenses et l'ont obligé à réduire considérablement son alimentation. Cette rechute des douleurs correspond exactement au début d'un traitement par le phényl-Butazone.

RADIO : Aspect légèrement vermoulu de la petite courbure.

GASTROSCOPIE. Dr. HOUSSET. Hypersécrétion muqueuse considérable et avant la gastroscopie une quantité très abondante de liquide gastrique muqueux, non saignant, s'écoule spontanément par la sonde de Camus. On retrouve exactement le même aspect dans l'antre et dans le corps de l'estomac que celui décrit en 1953 mais cette fois-ci, la gastrite mamelonnée ulcéreuse s'étend à tout l'estomac, c'est à dire aussi bien à la face antérieure qu'à la face postérieure. La face antérieure parait même un peu plus touchée que la face postérieure et le nombre de petites dépressions ulcéreuses y parait plus important.

Obs. 72 - Antrite polypoïde et gastrite du corps hypertrophique pseudo-tumorale avec ulcérations au sommet des plis.

M.D..., agé de 47 ans, employé de l'Assistance Publique, est suivi depuis longtemps pour une gastrite chronique ayant été vu déjà en gastroscopie 2 fois (Dr. MOUTIER). Intervention pour une lithiase vésiculaire en 1943. Depuis 1956 crampes épigastriques précoces quotidiennes.

RADIO. - Très gros plis.

GASTROSCOPIE. Le 30 octobre 1956 Dr. HOUSSET à l'hopital Bichat. La muqueuse antrale présente un aspect tout à fait particulier avec une série de formations polypoïdes, réparties sur toute la muqueuse antrale. Le sphincter de l'antre est très accusé, très épaissi. Au-dessus de ce sphincter, dans le corps de l'estomac on constate effectivement l'existence d'une gastrite hypertrophique pseudo-tumorale. Les plis sont hypertrophiés, godronnés, et présentent en plusieurs points de petites ulcérations à leur sommet, ulcérations certainement gastritiques. La région sous-cardiale est également rouge et présente des plis nettement hypertrophiés.

Obs. 73 - Gastrite mamelonnée de la face postérieure du corps avec de très discrètes ulcérations.

.../...

M.K..., agé de 63 ans, est ancien amibien, le seul trouble colique actuel est une constipation modérée. Depuis 10 ans, douleurs épigastriques vives, brûlures ou crampes, survenant à 16 heures chaque jour. Ces douleurs sont soulagées par la prise d'aliments.

RADIO. - Irrégularités de la petite courbure moyenne et haute.

GASTROSCOPIE le 19 mai 1959 par le Dr. HOUSSET. La partie basse et le corps de l'estomac sont le siège d'une atrophie intense prédominante sur la face antérieure. De très gros vaisseaux sont visibles. Il n'existe aucun pli sur la face antérieure. La face postérieure du corps de l'estomac présente une gastrite mamelonnée irrégulière très importante. En un ou deux points on note de petites ulcérations gastritiques. Cet aspect se prolonge jusqu'à la région sous-cardiale.

Obs. 74 - Gastrite oedémateuse et ulcéreuse de la face postérieure du corps de l'estomac. Une étiologie allergique est suggérée en raison de phénomènes allergiques cutanés simultanés, 6 mois plus tard aspect gastroscopiquement presque normal.

Mme G..., couturière, a eu un melaena accompagnant un syndrome ulcéreux assez franc.

RADIO. Très petite image d'addition sur la petite courbure verticale.

GASTROSCOPIE. - (Dr. HOUSSET) Le 1er décembre 1959 à l'hopital Bichat. Dans le corps de l'estomac on note surtout un placard d'irrégularités très important sur la face postérieure moyenne et haute, il ne s'agit pas à proprement parler d'une gastrite mamelonnée. Entre ces irrégularités existent plusieurs points de petites ulcérations absolument typiques.

2ème GASTROSCOPIE le 17 mai 1960. (Dr. BOURDAIS). Amélioration franche de la gastrite oedémateuse et ulcérée vue lors de la précédente gastroscopie. Il persiste seulement une gastrite érythémateuse modérée prédominant sur la face postérieure haute. Plus aucune ulcération n'est visible.

Obs. 75 - Symptomatologie fonctionnelle cardiale. La gastroscopie confirme la hernie mais trouve aussi une gastrite mamelonnée avec cinq ulcérations siègeant sur la face antérieure du corps de l'estomac.

Malade agé de 51 ans, adressé par le Dr. JOUANNEAU et suivi par le Dr. HARDOUIN depuis le 4 Avril 1960. Il se plaint de brûlures et de crampes épigastriques depuis 4 ans. Mais ce sont les brûlures et le pyrosis qui semblent dominer avec des signes de reflux gastro-oesophagien évident. Il n'y a pas de périodicité. Le malade a eu de nombreux traitements qui ont fait disparaitre le pyrosis. Ce qui le gêne est en fait une sensation de gêne épigastrique survenant environ une heure

.../...

et demie après les repas. Tabagisme moyen. Ethylisme actuellement réduit. Un traitement de hernie hiatale complet a amélioré le malade.

RADIO. - Gros plis irréguliers du corps gastrique.

La GASTROSCOPIE est faitele 22 novembre 1960 par le Dr. BOURDAIS à l'hopital Bichat. Sialorrhée abondante. Au niveau de l'antre et du sphincter de l'antre il existe une gastrite érythémateuse importante. Au niveau du corps gastrique cette gastrite devient intense hypertrophique sur la face postérieure et mamelonnée sur la face antérieure. Sur la partie moyenne du corps au milieu des mamelons se trouvent des ulcérations minimes superficielles d'allure gastritique. L'examen de la région hiatale permet de voir une hernie hiatale endoscopiquement certaine, de moyen volume. Le collet de cette hernie est très bien visible. Il est très rouge et très congestif. Il en est de même de la muqueuse de la poche herniaire. L'examen du bas oesophage visible sur une partie de sa circonférence montre également une rougeur assez accentuée de la muqueuse du bas oesophage.

BIOPSIE. Un fragment. Cet unique fragment appartient à une muqueuse oesophagienne dont le revêtement malpigien reste partout tout à fait régulier. Le Chorion sous-jacent modérément scléreux est parcouru par des veines légèrement congestives. Il n'y a aucune infiltration inflammatoire interstitielle subaigue. Fragment de muqueuse normale. (Dr. MARTIN)

2ème GASTROSCOPIE le 25 février Pr. DEBRAY. Estomac de bréviligne. On voit la région de l'antre en enfilade. Celle-ci est encore rouge. Dans le corps de l'estomac, existence d'une gastrite mamelonnée très importante particulièrement sur la face antérieure, mais les petites ulcérations signalées antérieurement ont disparu. On retrouve facilement la hernie hiatale avec sur la face antérieure le collet qui, cette fois, parait à peu près normal, non enflammé alors que le 22 novembre 1960, il était très rouge, très congestif. La poche herniaire est de petit volume : 3 cm environ ; elle est parcourue en son milieu horizontalement par des vaisseaux qui sont un peu rouges qui correspondent très probablement à la jonction entre la muqueuse gastrique et la muqueuse oesophagienne. La zone aveugle est très nette. Le cardia parait large.

Conclusion : Gastrite mamelonnée du corps. Disparition des ulcérations. Antrite érythémateuse. Hernie hiatale certaine de petite dimension paraissant un peu enflammée.

Obs. 76 - Exemple schématique de gastrite mamelonnée et ulcéreuse avec brûlures et amaigrissement.

Malade du Dr. FAYE agé de 54 ans, ingénieur chimiste, se plaignant depuis 1 an de douleurs épigastriques à type de brûlures et d'un amaigrissement de 5 à 6 kg. Amélioration pendant les vacances puis nouvel amaigrissement et syndrome douloureux épigastrique au printemps.

.../...

RADIO. - Probabilité d'une niche baso bulbaire. Gros plis du corps gastrique avec peut-être une niche de face haute.

GASTROSCOPIE le 9 juin 1960 par le Dr. BOURDAIS à l'hopital Bichat. La muqueuse de l'antre proximal et du sphincter de l'antre est le siège d'une gastrite érythémateuse importante. Au niveau du corps gastrique cette gastrite devient intense. Elle est hypertrophique sur la face postérieure et mamelonnée sur la petite courbure et sur la face antérieure. Cette gastrite diffuse à tout le corps gastrique s'accentue dans sa partie haute. A ce niveau il existe de petites exulcérations disséminées bien visibles surtout sur la petite courbure et la face antérieure haute. L'examen de la région cardiale montre l'à pic habituel du cardia. En revanche l'examen du bas-oesophage montre une importante dilatation veineuse sinueuse et nettement bleutée.

Obs. 77 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse étendue à tout l'estomac.

M.T..., syndrome gastritique léger chez un ouvrier spécialisé agé de 33 ans, tourneur travaillant alternativement de jour et de nuit. Echec d'un traitement antérieur anti-gastrique habituel.

RADIO : Gros plis, réaction antrale et déformation bulbaire .

GASTROSCOPIE. Le pylore et l'antre sont très rouges avec d'énormes plis, et en plusieurs points des zones certainement exulcérées. Dans le corps de l'estomac énormes plis cérébroïdes, exulcérations multiples, gastrite mamelonnée très importante de la face postérieure. La région sous-cardiale est rouge oedémateuse.

Prélèvement à l'aveugle dans le corps de l'estomac: un fragment. Ce fragment appartient à une muqueuse très boulversée mais dont la topographie peut néanmoins être précisée. En effet, certains culs-de-sac conservent encore un aspect rectiligne et quelques éléments bordants : ce sont donc des glandes de type fundique. Mais le système glandulaire subit à la fois une atrophie, en certains endroits avec dédifférenciation tubuleuse claire et hyperplasie, ailleurs avec une formation d'éléments kystiques, sinueux, presque oedémateux. Le tissu interstitiel, ponctué de nombreux lymphocytes et plasmocytes devient scléreux à sa partie profonde. Ce sont donc les signes d'une gastrite interstitielle, avec hyperplasie, variété assez particulière de gastrite épithéliale. (Pr. LAUMONIER)

Obs. 78 - Gastrite mamelonnée diffuse, quelques ulcérations sur la face antérieure haute.

M.P..., agé de 66 ans, entrepreneur d'électricité, a été hospitalisé pour une hémorragie intestinale.

.../...

RADIO. - Très gros plis antraux. Pas de niche visible.

GASTROSCOPIE le 14 avril 1959. Dr. HOUSSET. Effectivement la muqueuse de la partie basse de l'estomac est épaissie, irrégulière, et il existe de gros plis antraux. De nombreuses irrégularités de la muqueuse avec de gros plis se retrouvent dans le corps de l'estomac. Sur la face antérieure haute on note à deux reprises des dépressions cernées de rouge et qui correspondent à de petites ulcérations gastritiques. Dans la région sous-cardiale le passage du gastroscope a déterminé un léger saignement mais il existe également dans cette région des dépôts de sang brunâtre certainement anciens. Il existe presque certainement une hernie hiatale.

Obs. 79 - Exemple de gastrite mamelonnée et ulcéreuse de la face postérieure du corps de l'estomac dans la partie basse.

M.J..., agé de 38 ans, agent technique, a eu une hématémèse le 19 avril 1941, quelques brûlures ensuite mais ne souffre plus actuellement.

RADIO : Une image lacunaire pré-pylorique a été trouvée antérieurement. Actuellement cette région est à peine suspecte.

GASTROSCOPIE le 31 janvier 1942. Spasmes gastritiques importants au début de l'examen qui cèdent peu à peu. La région antrale est gastroscopiquement normale sauf l'existence d'un pli falciforme perpendiculaire au grand axe de l'antre pré-pylorique. La muqueuse au niveau de ce pli ne présente aucune anomalie. Impression de pli d'origine extra-gastrique. Sur le corps de l'estomac, érosions et gastrite mamelonnée particulièrement nettes sur la face postérieure basse.

Obs. 80 - Gastrite mamelonnée très diffuse avec quelques ulcérations gastritiques.

Malade agé de 50 ans.

RADIO : Estomac en cascade avec de très gros plis qui s'étendent de la grosse tubérosité à l'antre.

GASTROSCOPIE le 2 novembre 1960 Dr. BOURDAIS. Seul l'antre proximal est visible. Il est le siège d'une antrite à gros plis très importante. Il est impossible malgré de belles contractions de voir l'antre pré-pylorique. Le sphincter de l'antre est régulier et il est le siège également d'une grosse gastrite hypertrophique. Cette gastrite s'étend également à tout le corps gastrique aussi bien sur la face postérieure qu'antérieure. Elle est de type mamelonné avec de petites exulcérations gastritiques entre les plis. Elle reste aussi intense dans la partie haute du corps gastrique. L'examen de la région hiatale montre l'apic habituel du cardia.

.../...

Obs. 81 - Gastrite mamelonnée du corps de l'estomac comportant des petites ulcérations à fond grisâtre.

M.K..., agé de 39 ans, magasinier est hospitalisé pour un melaena avec anémie à 2.700.000. Syndrome ulcéreux clinique typique ancien, amélioré par le traitement anti-ulcéreux.

RADIO : Pas de niche visible.

GASTROSCOPIE Dr. HOUSSET le 2 mars 1961. Au niveau de l'angle en remontant le gastroscope, on note déjà une gastrite intense siégeant sur la petite courbure et débordant en avant et en arrière sur les faces. Cette gastrite est constituée par un état mamelonné très important avec de petites ulcérations de 1 à 2 mm de diamètre à fond grisâtre. Cette gastrite remonte jusqu'à la région sous-cardiale.

Obs. 82 - Gastrite hypertrophique et mamelonnée de la face postérieure comportant des exulcérations.

Ancien amibien ayant eu depuis mars 1961 trois crises douloureuses épigastriques pseudo-ulcéreuses. Amaigrissement de 2 à 3 kg.

RADIO : Gros plis de la partie haute de l'estomac.

GASTROSCOPIE : Tolérance à l'air bonne mais douloureuse. Exploration limitée car le gastroscope butte contre la face postérieure moyenne du corps de l'estomac et la partie basse de la grande courbure n'est pas explorée. La muqueuse est très rouge, très brillante. Au niveau de la face postérieure et de la petite courbure haute on note de gros plis anarchiques recouverts par de nombreux dépôts de mucosités assez gros auxquels s'ajoutent des mamelons assez importants séparés par des zones certainement exulcérées. Pas d'ulcère visible.

L'examen de la région hiatale montre un élargissement de l'hiatus sans hernier hiatale véritablement décelable par la gastroscopie. Il existe certainement un reflux et le bas-oesophage présente une muqueuse nettement plus rouge que normalement.

Conclusion : Partie basse non vue. Gastrite hypertrophique catharrale et ulcérée de la partie haute du corps de l'estomac. Reflux gastro-oesophagien. Oesophagite du bas-oesophage très probable (Dr. HOUSSET) 2.11.1961.

Une nouvelle GASTROSCOPIE est faite par le Dr. HOUSSET le 6 janvier 1962, les ulcérations ont disparu.

.../...

Obs. 83 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse de la petite courbure et de la face postérieure, la possibilité de la constitution secondaire d'un ulcère angulaire n'a pu être gastroscopiquement prouvée.

M.L..., (Dr. PERGOLA) agé de 53 ans est adressé au Pr. DEBRAY le 12 octobre 1951. Ce malade a eu en 1936 des périodes de douloureuses de quelques semaines, les douleurs étant du type brûlures , et reconnait l'influence de l'abus d'une cuisine riche et des alcools, il a connu une longue période de calme de plusieurs années. Actuellem t il se plaint de douleurs épigastriques irradiant vers le dos se produisant vers 4 heures de l'après-midi mais ayant tendance à devenir plus précoces. Il s'agit de crampes avec une impression de ballonnement sans nausées ni vomissements, calmées par l'alimentation et les poudres. Le transit intestinal est normal. Le poids n'est pas modifié, l'appétit dans l'ensemble conservé. Il s'agit d'un malade instable, inquiet, cancérophobe et d'un fumeur notoire.

Sur les RADIOGRAPHIES se révèle un estomac hyperkinétique avec un aspect vermoulu de la petite courbure verticale fait de nombreuses niches minuscules inégales entre elles, de tonalité dégradée par rapport à l'opacité gastrique, une plus volumineuse bien distincte, constante, siège au niveau de l'angle. Le pylore parait allongé, sans niche visible. L'aspect de la petite courbure immédiatement prépylorique n'est pas rigoureusement normal.

La GASTROSCOPIE est faite le 12 octobre 1951 par le Pr. DEBRAY. Le passage oesophagien du gastroflex est facile mais il existe un spasme considérable de la partie moyenne du corps de l'estomac qui arrête le tube pendant de longues minutes. Finalement le tube peut être poussé presque jusqu'au bas-fond, mais pas suffisamment bas pourtant pour qu'on ait une vue complète de l'antre et du pylore. L'antre n'est vu que partiellement dans sa partie correspondant à la grande courbure, il parait normal. La muqueuse de l'antre est irrégulière, rouge, avec une petite ulcération à son sommet, ulcération paraissant superficielle. La petite courbure et la face postérieure du corps sont le siège d'une gastrite intense avec muqueuse rouge, mamelonnée, avec nombreux dépôts pultacés. Quelques érosions sont observées dans le fond des dépressions qui séparent les mamelons. La gastrite remonte jusqu'à la région sous-cardiale. Tolérance à l'air normale. Pas de saignement. Pas de bourgeonnement décelable.

Conclusion : Antre non vu. Aspect de gastrite intense, mamelonnée et ulcéreuse de la petite courbure et de la face postérieure du corps remontant jusqu'au cardia.

Un traitement antigastritique est institué.

En janvier 1952 on remarque un aspect en talus constant sus angulaire avec une raideur de l'angle sous-jacente, cet aspect persistant mais un peu atténué en mars de la même année.

Le malade ressent ensuite une amélioration en juillet et aout 1952 en particulier il se portait bien, mais une nouvelle période de 2 mois de douleurs de septembre à novembre est survenue, actuellement atténuée par la thérapeutique.

.../...

En novembre, sur de nouveaux clichés on observe une petite niche triangulaire de l'angle très nette avec une rigidité sus et sous-jacente. Sur 3 clichés on observe une autre petite saillie à la limite supérieure de la rigidité. Le bulbe est irrégulier, sans niche visible. Devant cet aspect, une nouvelle GASTROSCOPIE parait nécessaire.

L'examen est extrêmement difficile en raison de l'agitation du malade. Ni la partie basse de l'estomac ni même la région angulaire n'ont pu être examinés.A l'examen estomac rouge mais la gastrite vue antérieurement n'est pas retrouvée. On note la présence dans l'estomac de liquide de stase un peu noirâtre.

Obs. 84 - Gastrite hypertrophique et ulcéreuse diffuse du corps et de l'antre persistant à 3 mois d'intervalle.

Malade adressé par le Dr. LAFITTE. Depuis le mois de janvier 1961, amaigrissement de 8 à 9 kg, asthénie, fatique. Très peu de signes gastriques (tiraillements post-prandiaux tardifs, pas de douleurs nocturnes, quelques nausées, pas de vomissements, appétit diminué) Grand tabagisme. 30 cigarettes par jour.

RADIOGRAPHIES du 20 juin 1961. Ces clichés montrent de très gros plis diffus portant sur la grande courbure et sur la petite où sur certaines radiographies on a l'impression d'une niche à bourrelets, mais cette niche varie selon les clichés, si bien qu'on conclue seulement qu'il s'agit probablement simplement de très gros plis comme sur la grande courbure.

GASTROSCOPIE : Malade édenté. Tolérance à l'air relativement faible surtout au début de l'examen.

Il existe une très importante gastrite hypertrophique qui est marquée par l'énormes plis. Ces plis ont leur maximum dans le corps de l'estomac, mais ils pénètrent dans l'antre où ils sont un peu moins accusés. Ils ont un aspect tortueux. Tout l'estomac l'antre compris est rouge et un maximum de la rougeur se situe sur les plis. Il existe en outre des exulcérations nombreusesdans l'antre et surtout dans le corps, certaines ont 3 ou 4 mm de diamètre. Il y en a une qui se trouve dans le bas-fond qui atteint 7 à 8 mm. Ces ulcérations sont superficielles et n'ont absolument pas le caractère des ulcères de Cruveilhier.

La région sous-cardiale a été examinée avec grand soin. On retrouve les mêmes modifications que dans le reste de l'estomac mais il n'y a pas là de lésions profondes décelables, ni bourgeonnement, ni saignement, ni ulcération profonde. Un très gros pli se voit sur la face antérieure sous-cardiale très saillant et oedémateux mais non ulcéreux. La jonction entre la muqueuse gastrique et la muqueuse oesophagienne est bien vue. Le sphincter intérieur de l'oesophage est plus marqué, mais il n'y a pas de hernie hiatale. La muqueuse oesophagienne est normale.

Conclusion : Gastrite hypertrophique et ulcéreuse diffuse prédominant dans le corps de l'estomac. Pas de lésion pariétale profonde décelable.

.../...

Traitement : Vitamine C, Atropine, Oxyferriscorbone, poudre alcalino-bismuthé, réglisse, sirop de phénergan. Pr. Ch. DEBRAY. Juillet 1961.

Le 3 novembre 1961.

RADIO : Persistance du même aspect de très gros plis.

GASTROSCOPIE : Le malade présente des nausées très importantes. Exploration complète malgré l'existence d'une quantité de mucus très abondante. On retrouve exactement le même aspect, que la dernière fois. Il existe des plis énormes au niveau desquels on voit des ulcérations assez importantes, plutôt planes à contours irréguliers à fond blanchâtre. L'une de ces ulcérations est vue de tres près sur la petite courbure moyenne. Même aspect dans la région sous-cardiale.

BIOPSIE : par aspiration-section. Pratiquée vers 53 cms des arcades dentaires. On ramène deux gros fragments. Noter qu'il a fallu attendre avant de pratiquer la biopsie pour vider l'estomac dumucus épais qu'il contenait. (Dr. HOUSSET) 3.10.1961.

Etude histologique : ce large fragment appartient à une muqueuse de type fundique coupée horizontalement.

Les tubes glandulaires sont dissociés par un infiltrat oedémateux et congestif, même quelque fois hémorragique. La plupart des tubes glandulaires sont pauvres en cellules bordantes qui desquament dans les lumières.

Il n'y a pas d'infiltrat inflammatoire évolutif.

Il s'agit donc d'une gastrite oedémateuse et congestive pure associée à une atteinte épithéliale discrète portant sur les cellules bordantes. (Dr. MARTIN)

Obs. 85 - Gastrite diffuse comportant des exulcérations sur le corps de l'estomac.

M.B...; agé de 58 ans se plaint depuis 2 ans de douleurs épigastriques et a présenté plusieurs hématémèses de très petite abondance suivies de melaena.

A l'occasion d'une injection intra-veineuse Calcium Atropine, un choc anaphylactique grave s'est pròduit avec collapsus pendant 4 heures suivi de melaena. Un choc semblable s'est de nouveau produit après injection intra-musculaire de pénicilline.

Pas de pyorrhée, de parasites ni de sinusite.

RADIO : Bulbe s'injectant mal. Gros plis de gastrite.

GASTROSCOPIE : Examen complet. La partie basse est très bien vue. Contractions antrales normales et régulières. La muqueuse de l'antre et du sphincter de l'antre est le siège d'une antrite érythémateuse assez importante.

.../...

L'examen du corps gastrique met en évidence une gastrite extrèmement importante dans sa partie moyenne, il existe même plusieurs axulcérations de 2 à 3 mm de diamètre. Une de ces exulcérations située sur la face postérieure se situe au centre d'une convergence de plis.

D'autre part, la muqueuse est très rouge et forme de très gros plis sur la face postérieure.

L'examen de la région cardiale montre une hernie hiatale de moyen volume endoscopiquement certaine avec signe congestif au niveau de son collet.

Conclusion : Gastrite intense étendue à tout l'estomac. Antrite érythémateuse assez importante. Exulcérations (4 ont été visibles) à la partie moyenne du corps gastrique dont l'une située sur la face postérieure est placée au point de convergence de gros plis. Gastrite réythémateuse diffuse et gastrite hypertrophique de la face postérieure. Hernie hiatale de moyen colume endoscopiquement certaine avec signe congestif au niveau de son collet. (Dr. BOURDAIS) 20.6.1961.

Obs. 86 - Gastrite diffuse congestive et ulcéreuse.

Malade agé de 40 ans souffrant de troubles dyspeptiques anciens.

RADIO : Très gros plis sans ulcère radiologiquement décelable. Dans le bulbe duodénal actuellement pas d'ulcère semble-t-il. Radio de vésicule normale.

Anémie élevée une fois. Tabagisme.

GASTROSCOPIE : Gastroscope cinématographique. L'examen est rendu difficile par les nausées continuelles, qui ont prolongé très notablement la gastroscopie. L'introduction du gastroscope a été rendue difficile au début par l'existence de deux incisives supérieures mobiles que l'on désirait ne pas traumatiser de peur d'exagérer leur tendance expulsive, heureusement il existait un hiatus sur la gencive gauche qui a été utilisé dès le passage dans l'oesophage.

Dans l'ensemble l'estomac est rouge. Il existe dans le corps sur la face postérieure de gros plis très enflammés avec sur certains d'entre eux des ulcérations. Il s'agit donc d'une gastrite ulcéreuse dans un estomac très enflammé.

Ces ulcérations sont peu nombreuses mais certaines. Dans la partie moyenne du corps de l'estomac, la vision a été moins bonne en raison des nausées importantes et d'une hypersécrétion considérable. L'estomac en effet est sale, rempli d'un mucus épais, qui s'émulsionne quand on injecte de l'air. La rougeur remonte jusqu'au cardia. Il existe là très probablement une petite hernie hiatale.

.../...

Conclusion : Gastrite diffuse, congestive et ulcéreuse du corps de l'estomac remontant jusqu'au cardia. Probabilité de minime hernie hiatale. Pr. Ch. DEBRAY. 9.12.1961.

(Dans ces trois dernières observations, l'aspect mamelonné n'est pas spécifié, toutefois en raison de leur caractère congestif, nous les rangeons avec les précédentes.)

II ème GROUPE D'OBSERVATIONS

GASTRITES " EN VENTOUSES DE POULPE"

Obs. 87 - Douleurs surtout vomissements, épisodes fébriles avec Polynucléose neutrophile. GASTROSCOPIE : gastrite "en ventouse de poulpe" d'intensité moyenne.

M.C..., diplomate, agé de 37 ans, consulte M.le Pr. DEBRAY chez lui le 20 décembre 1957. Le 11 novembre précédent il a souffert de vomissements incoercibles qui ont obligé à une observations en clinique. Cet épisode qui se serait accompagné d'une fièvre oscillante et d'une forte leucocytose avec polynucléose, demeure mal défini. D'autres antécédents plus lointains groupent des faits disparates : un épisode fébrile de type palustre à la fin d'octobre, un paludisme étant d'ailleurs possible, de même qu'une amibiase intestinale, enfin une fracture de côte par accident de jeep en aout 1956.

Depuis la fin du mois de novembre il ressent des douleurs épigastriques vives sans horaire , donnant l'impression d'une contraction très douloureuse, les vomissements demeurent fréquents. Il maigrit, s'alimentant de façon très irrégulière, l'état général est dans l'ensemble franchement déficient. Il n'y a pas de troubles intestinaux. Noter la survenue récente d'un abcès de la fesse après injection d'antibiotiques.

L'examen clinique de l'abdomen est négatif. Une numération et formule sanguine précisent 4.200.000 hématies, 12.000 globules blancs dont 72% de polynucléaires neutrophiles.

Un EXAMEN RADIOGRAPHIQUE en novembre 1957 montre de gros plis, une raideur de la petite courbure et un rétrécissement de la région prépylorique. En décembre 1957 des plis en nid de pigeon de la petite courbure horizontale.

La GASTROSCOPIE est faite le 9 janvier 1958 par le Pr. DEBRAY. La petite courbure sous-angulaire et le pylore n'ont pu être vus. La région antrale est très rouge, d'un rouge sombre avec quelques vaisseaux visibles. Le sphincter de l'antre et la région immédiatement sus-jacente présentent surtout sur la face postérieure et la petite courbure un grand nombre de plis qui portent toute une séries de formations polypoïdes ou pseudo-polypoïdes assez volumineuses. Elles paraissent avoir 7 ou 8 mm de diamètre. Quelques-unes d'entre elles portent à leur sommet une dépression qui parait ulcérée. L'ensemble est celui de l'aspect de la gastrite dite en ventouse de poulpe. La muqueuse dans toute cette région n'est ni ulcérée, ni saignante. Il n'a pas été vu d'ulcère vrai. Ces phénomènes se poursuivent atténués sur la face postérieure moyenne et haute. On découvre encore ça et là quelques formations pseudo-polypoïdes avec un sommet un peu érodé. Sur la face antérieure il n'y a rien de particulier à noter. Le cardia est large et la muqueuse gastrique se prolonge en amont sur 2 ou 3 cm. Il y a là une petite hernie hiatale qui confirme l'aspect visible sur les radiographies. La muqueuse dans cette région est d'ailleurs strictement normale. La poche située au-dessus du rétrécissement est de très petites dimensions. La zone aveugle du bas oesophage est peu étendue, l'oesophage lui-même parait normal. Noter que la tolérance à l'air est suffisante, qu'il n'y a pas de sang dans le bas fond.

.../...

Conclusion : plis très volumineux de la face postérieure surtout dans la région angulaire et en amont avec formations polypoïdes et pseudo-polypoïdes ulcérées à leur sommet.

Un cytodiagnostic est négatif : "Cinq étalements. Coloration : Papanicolaou. Les fragments sont riches en éléments variés, bien conservés, agglutinés en plaques. Il s'agit de cellules malpighiennes en grand nombre, de cellules cylindriques muqueuses, souvent groupées en petits lambeaux tissulaires et surtout d'éléments inflammatoires groupés en nappes et presque uniquement constitués par des polynucléaires. Aucun élément suspect. "Cytodiagnostic négatif classe P 2, très inflammatoire."

Une tentative de biopsie de muqueuse gastrique échoue ramenant un fragment oesophagien.

Le traitement conseillé groupe vitamine C, atropine, réglisse, gels d'alumine et prométhazine.

Obs. 88 - Gastrite " en ventouse de poulpe " comportant seulement quelques éléments de ce type sur la partie basse de la face postérieure du corps.

L.G..., agé de 39 ans, négociant en vins, consulte M.le Pr. DEBRAY le 10 mai 1959.

Il ressent depuis le mois de février précédent des brûlures avec impressions d'acidité, plus communément des aigreurs, de siège épigastrique sans irradiation ascendante, légèrement calmées par l'alimentation. Il a souffert durant deux mois et demi, les douleurs ayant tendance à s'atténuer depuis la fin d'avril. Quelques troubles semblables et épisodiques sont retrouvés dans le passé.

Le poids a fléchi de 2 kg et actuellement il se situe à 59 kg. Il se sent plus ou moins asthénique.

Il s'agit d'un fumeur qui se restreint imparfaitement de façon récente ; la consommation d'alcool d'autre part est assez élevée pour éveiller l'attention sur les stigmates d'une intoxication éthylique discrète.

A l'examen clinique en effet le foie est trouvé modérément augmenté de volume et de consistance un peu ferme.

Sur les RADIOGRAPHIES du 2 mars 1959 il apparait d'énormes plis gastritiques de tout l'estomac, en particulier de la région angulaire, sans aucun enraidissement. Le même aspect est retrouvé le 27 avril de la même année.

La GASTROSCOPIE est faite le 19 mai 1959 par M. DEBRAY.
Le passage du gastroscope est facile, malgré quelques nausées. La partie haute de l'estomac contient une grande quantité de mucus et on est obligé d'essuyer l'ob-

.../...

jectif contre la paroi pour le nettoyer.
Finalement l'examen est correct.
L'antre a été bien vu. Il est de forme normale, ses contractions sont faibles, sa couleur est franchement rouge sombre. Le pylore parait normal. Il n'y a pas de plis dans l'antre. Le sphincter de l'antre est mal dessiné.

C'est surtout dans le corps que l'on note des modifications importantes. Les plis sont en effet très volumineux, en particulier sur la partie basse de la face postérieure où ils se dirigent obliquement en bas et à droite. Il y a là trois gros plis très saillants, très volumineux, un peu irréguliers moniliformes, mais ni saignants, ni bourgeonnants. Entre les plis, la muqueuse est un peu anormale présentant ça et là, quelques érosions varioliformes en ventouse de poulpe. Ces érosions sont superficielles et n'ont aucun des caractères d'un ulcère de Cruveilhier.

Sur la face postérieure du corps existe une gastrite mamelonnée extrêmement, intense à gros mamelons, les dépressions entre les mamelons ne paraissent pas ulcérées et correspondent à l'aspect de saillie irrégulière vue sur les radiographies. Sur la face antérieure les lésions diminuent d'intensité à mesure que l'on monte vers le cardia.

Dans la région sous-cardiale, sécrétion muqueuse considérable qui gêne un peu l'examen, présence de voile de mucus surtout sur la face postérieure ; il n'y a pas d'ulcération décelable dans cette région. Petite hernie hiatale avec muqueuse un peu épaisse sans irritation particulière et sans érosion.
On palpe avec la sonde à cyto-diagnostic dirigé les plis de la face postérieure ; ils sont souples, sans aucune induration.

En conclusion : Gastrite hypertrophique géante du corps, antrite érythémateuse, gastrite catarrhale du sous-cardia minime hernie hiatale.

Traitement prescrit : Vitamine C associée au sulfate d'atropine oxyferris corbone, et par voie orale poudre alcalino bismuthée, réglisse, sirop de phénergan.

Obs. 89 - Gastrite " en ventouse de poulpe " du corps de l'estomac prédominant sur la grande courbure.

M.P..., agé de 55 ans, est adressé au Pr. DEBRAY par le Dr. ANTOINE.
En 1957 syndrome douloureux à type gastritique. Examen radiologique qui montre dans la région du cardia un aspect lacunaire. Gastroscopie (Carasso): On découvre dans la région sous-cardiale (sur la petite courbure) une ulcération qui a 1 ou 2 cm de diamètre, qui parait superficielle et d'aspect bénin.

Le gastroscope ne peut pas être introduit dans la moitié inférieure de l'estomac. Les radiographies faites 1 mois après montrent que la région du cardia est pratiquement normale. On note simplement un élargissement des plis. Nouvelle série un ou deux mois après qui montre que les plis sont cette fois redevenus fins.

.../...

une vingtaine d'injections. D'autre part après un dosage du pouvoir histamino pexique mise en route d'un traitement par l'histaglobine à la dose d'une injection intramusculaire deux fois par semaine - 9 injections au total. Par la bouche, continuation des traitements qui ont paru donner les meilleurs résultats c'est-à-dire ceux contenant dela réglisse et des anti-histaminiques.

Biopsie muqueuse à l'aveugle. 15.41.1961.

Etude histologique : Des 4 prélèvements appartiennent à une muqueuse de type fundique ils sont fortement remaniés du fait surtout d'une infiltration inflammatoire interstitielle assez riche en plasmocytes accompagnés par une dissociation oedémateuse des tubes. Ceux-ci sont tantôt subnormaux, tantôt remaniés par des lésions de desquamations de cellules bordantes ou de clarification de cellules principales. Le chorion superficiel est infiltré par de petites nappes hémorragiques. Le revêtement superficiel assez muco-sécrétant est interrompu par de petites érosions inflammatoires.

Il s'agit donc effectivement ici d'une gastrite inflammatoire et oedémateuse assez intense avec remaniement épithéliaux discrets et érosions superficielles. Une telle lésion n'a aucun caractère spécifique.

(Dr. MARTIN)

Obs. 90 - Gastrite en ventouse de poulpe de la petite courbure verticale et de la face antérieure du corps de l'estomac.

F.B..., agé de 32 ans souffre de douleurs épigastriques sans horaire précis, ni périodicité, résistant au traitement anti-gastritique.

RADIO : Gros plis de gastrite étendus à tout le corps gastrique. Possibilité d'ulcus bulbaire.

GASTROSCOPIE : La partie basse a été vue de façon très incomplète car le tube butte sur la face postérieure de l'antre que l'on ne peut franchir. Seul l'antre proximal est visible, il est le siège d'une antrite érythémateuse très importante. Pas de déformation du sphincter de l'antre. Au niveau du corps gastrique, il existe une gastrite in ense. Sur la face postérieure, on observe seulement de très gros plis rouges, la petite courbure verticale et la face antérieure du corps gastrique sont le siège d'une gastrite en ventouse de poulpe, absolument typique. En effet la muqueuse présente de petits mamelons juxtaposés portant une ulcération en coup d'ongle en leur centre. Ces mamelons ont de ce fait un aspect nettement ombiliqué.

L'examen de la région hiatale montre un cardia béant sans véritable hernie hiatale endoscopique. En revanche il existe au niveau du cardia une inflammation importante sans fragilité muqueuse particulière.

.../...

Les phénomènes douloureux durent pendant 6 mois puis, après une longue phase d'accalmie reprennent en novembre 1960. Ils réapparaissent à la suite de l'absorption d'une certaine quantité de médicaments salicylés et de procalmadiol (pour les cervicalgies). Les phénomènes douloureux ont persisté depuis sans aucun arrêt, malgré un très grand nombre de thérapeutiques (oxyferriscorbone, collargol, bismuth, phénergan, polysilane, atropine, acide ascorbique par voie intra musculaire et acupuncture). Ces douleurs sont permanentes. Elles sont exagérées par les repas, exacerbations survenant immédiatement après lui. Durée : une demi heure à 3/4 d'heure de l'exacerbation. Pas de sensations de crampes. Irritation pénible, hypersalivation. Quelques vomissements assez faciles dont un a contenu du sang rouge.

Amaigrissement progressif (10 kg en 4 mois). Pas d'anémie en janvier 1960, hémogramme normal, perte de l'appétit.

RADIO : Les radiographies dont la dernière serie a été faite récemment montrent l'existence d'une ouverture de l'antre cardial sans hernie hiatale vraie. Il existe quelques discrètes modifications des plis, en particulier un pli cardial, qui est très oblique en dehors. Les plis verticaux sont peut-être un peu épais, et à postériori, d'ailleurs on retrouve quelques petits points dans le fundus qui peuvent correspondreaux ulcérations vues gastroscopiquement. Pseudo niche de la petite courbure sous-angulaire. Bulbe duodénal normal.

GASTROSCOPIE - (Pr. Ch. DEBRAY) le 14 avril 1961.

Elle est facile. Malade docile. La région antrale est normale sauf sur le plancher où on découvre déjà toute une série de formations boutonneuses dont il est difficile de savoir si elles sont ulcérées ou non (elles sont trop loin de l'objectif) Dans le corps de l'estomac, sur toute la hauteur presque jusqu'au cardia, existent un grand nombre d'ulcerations, qui sont punctiformes pour la plupart, qui siègent presque toutes au sommet des plis, dont quelques unes, sont allongées, et dont la direction est perpendiculaire aux plis, formant une sorte de demi anneau ulcéré. Ces ulcérations sont très petites, à la limite de la visibilité, ayant peut-être un ou deux mm de diamètre, pas davantage. Elles sont facilement reconnaissables, car elles sont remplies d'une petite fausse membrane qui est blanche, couleur qui attire l'attention. Les plis eux-mêmes ne sont pas hypertrophiés, mais ils paraissent un peu raides, raideur qui est peut être en rapport avec des phénomènes de sclérose sous-muqueuse plus qu'avec de l'oedème. Les ulcérations sont particulièrement nombreuses sur la grande courbure moyenne où l'on en voit dans un champ du gastroscope peut-être 5 ou 6. Il n'y a pas d'ulcérations étendues, il n'y a pas d'ulcère ; il n'y a pas de néoformation. Il n'y a pas de saignement. La région cardiale, présente une petite hernie hiatale, avec une petite poche au-dessus du rétrécissement diaphragmatique. Dans cette zone, la muqueuse est encore un peu irritée mais moins que dans l'estomac. Ces phénomènes de hernie hiatale présentent un peu curieusement une petite dépression en cupule sur la face antérieure, dans la zone plus visible. Le sphincter du bas-oesophage parait normal, de même que la muqueuse oesophagienne.

Conclusion : Au total, gastrite en ventouse de poulpe du corps de l'estomac avec ulcérations très nombreuses. Atteinte moins importante du plancher de l'antre. Petite hernie hiatale.

Le traitement est le suivant : Vitamine C Atropine à doses massives. (au moins 2 gr par voie veineuse tous les jours) associée à 1/2 mg d'atropine,

.../...

L'examen du bas-oesophage visible sur une partie de cette circonférence montre une oesophagite modérée : La muqueuse oesophagienne a perdu son aspect blanc nacré, elle est plus rouge que normalement sans exulcération visible.

Conclusion : Gastrite intense, étendue a tout l'estomac. Antrite érythémateuse très importante. Gastrite hypertrophique intense de la face postérieure gastrite en ventouse de poulpe typique étendue à la petite courbure et à la face antérieure du corps gastrique.
Béance du cardia. Oesophagite modérée. (Dr. BOURDAIS) 15.3.1961

Obs. 91 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse dont les ulcérations sont ombiliquées au sommet des mamelons.

M...., agé de 71 ans, a présenté des douleurs épigastriques à plusieurs reprises sans de périodicité nette. Amaigrissement de 5 kg.

RADIO . Gros plis de tout l'estomac. Signes indirects de hernie hiatale.

GASTROSCOPIE le 18 novembre 1958 Dr. HOUSSET. Kinésie nulle pendant la durée de l'examen. Gastrite très importante, diffuse, étendue à tout l'estomac. Cette gastrite présente des caractères un peu particuliers : épaississement de la muqueuse, nombreux mamelons dont certains sont ombiliqués en leur sommet et ulcérés. Les ulcérations sont gastritiques, bien limitées, peu profondes. On en trouve une bonne dizaine. L'exploration de la région sous-cardiale montre qu'il existe très probablement une hernie hiatale.

Obs. 92 - Gastrite en " ventouse de poulpe " prédominant sur le sphincter antral.

Mme D..., agée de 52 ans, est envoyée par le Dr. CHATELIN.

RADIO. Image anormale de la grande courbure sur quelques clichés. (lacune avec petite niche au milieu).

GASTROSCOPIE le 23 mars (Dr. HOUSSET). La partie basse (pylore, antre, sphincter de l'antre) et le corps de l'estomac sont le siège de phénomènes gastritiques particulièrement intenses. D'une façon générale la muqueuse est très épaissie, oedématiée, mamelonnée. Il existe en outre, surtout dans la partie basse du corps et dans l'antre plusieurs éléments pseudo-polypoïdes déprimés en leur sommet avec présence d'une fausse membrane. Ces éléments de gastrite varioliforme évoquant le diagnostic de gastrite en ventouse de poulpe.

Obs. 93 - Gastrite en ventouse de poulpe comprenant 5 ou 6 ulcérations antrales vues à l'occasion d'une seconde gastroscopie, la première n'ayant trouvé qu'une gastrite mamelonnée intense mais banale.

M.M..., agé de 23 ans, souffre d'un syndrome pseudo-ulcéreux.

GASTROSCOPIE le 8 novembre 1956. Kinésie nulle pendant l'examen. L'ensemble de l'estomac (partie basse du corps partie haute) présente une gastrite hypertrophique et mamelonnée, intense, diffuse, étendue aux deux faces et aux deux courbures. Au niveau de la grande courbure les plis prennent un aspect pseudo-tumoral très accentué. Aspect infundibulaire de la région sus-cardiale.

Le malade est revu le 20 décembre 1956. L'aspect de la muqueuse gastrique et surtout antrale s'est nettement modifié. On note une gastrite en ventouse de poulpe absolument typique avec 5 ou 6 éléments dans l'antre. On n'a pas trouvé d'éléments dans le corps, mais il persiste à ce niveau et jusque dans la région sous-cardiale une gastrite hypertrophique géante. Persistance également de l'aspect de hernie hiatale.

Obs. 94 - Gastrite " en ventouse de poulpe " limitée à la partie basse de la face antérieure du corps de l'estomac. (2 ou 3 ulcérations)

M.M..., agé de 31 ans, souffre depuis deux ans de crises de douleurs épigastriques accompagnées de vomissements durant quelques jours. Mauvaise denture, tabagisme.

RADIO. Antre figé en forme de siphon. Petite raideur de l'angle visible sur quelques clichés seulement et sur la grande courbure antrale de petites images en pointe analogues à celles de la rectocolite hémorragique.

GASTROSCOPIE le 19 février 1953. Fragilité muqueuse importante avec saignement facile. L'antre est de petite dimension. Il ne se distend pas au cours de l'examen. Sa face postérieure présente de très gros plis longitudinaux qui viennent du corps de l'estomac. Ces plis ne paraissent pas ulcérés et ils ne sont pas raides. Il s'agit simplement, semble-t-il, de plis de gastrite hypertrophique. D'autre part, on constate sur la face antérieure basse du corps 2 ou 3 petites ulcérations qui siègent au sommet d'un petit mamelon donnant l'aspect de gastrite en ventouse de poulpe. Toute la face antérieure de même que la grande courbure est rouge. Dans l'antre on voit des petits vaisseaux. Dans la région sous-angulaire, immédiatement en aval du sphincter de l'antre, petite zone rouge qui à la rigueur pourrait correspondre à une petite ulcération.

.../...

Obs. 95 - Gastrite en " ventouse de poulpe " siègeant dans l'antre et la partie basse du corps de l'estomac.

M.Z.., agé de 20 ans, souffre de crampes épigastriques post-prandiales semi-tardives, depuis deux ans. La périodicité est peu nette. Depuis un mois les douleurs sont constantes.

RADIO Réaction antrale.

GASTROSCOPIE le 21 janvier 1954. Dans l'antre on note l'existence surtout sur la grande courbure de plusieurs éléments varioliformes. Ces éléments se présentent sous l'aspect d'une surélévation arrondie de 2 ou 3 mm de diamètre sur 1 mm de haut et centrée par zone rouge légèrement ombiliquée. Dans l'antre ces éléments se présentent à la gastroscopie surtout sous l'aspect de petites taches rouges qui sont au nombre d'une dizaine. L'aspect surélevé est peu visible. En revanche, dans le corps on retrouve les mêmes élements mais beaucoup plus proches de la vue et par conséquent plus faciles à examiner. Ils siègent là encore surtout sur la grande courbure où à son voisinage. Les éléments sont peu nombreux 5 ou 6 environ et ils siègent tantôt dans la dépression qui existe entre deux plis, tantôt sur les plis eux-mêmes. Sur la face antérieure basse existent quelques uns de ces éléments. L'ombilication est ici très nette et l'élément hémorragique central parait en revanche moins marqué. Cet aspect est celui d'une gastrite ombiliquée, gastrite en ventouse de poulpe, tout à fait typique. Par ailleurs, la muqueuse est irrégulière en particulier sur la face postérieure où l'on note de nombreux dépots pultacés.

BIOPSIE. Un fragment. Ce fragment de muqueuse fundique comportant une proportion normale de cellules bordantes. Il n'y a pas de lésion inflammatoire.
(Pr. LAUMONIER)

En novembre de la même année une nouvelle biopsie est faite ramenant 3 fragments. Les trois fragments ont été prélevés au niveau de l'antre, le chorion superficiel est très congestif avec de petites hémorragies interstitielles. Le chorion profond est infiltré par de multiples amas de plasmocytes, il s'agit donc d'une antrite subaiguë interstitielle. Il faut signaler la présence de quelques cellules fortement acidophiles rappelant les caractères des cellules bordantes fundiques. Mais l'architecture générale des glandes en tube contourné permettent de dire qu'il s'agit bien d'un territoire antropylorique.

Obs. 96 - Troubles dyspeptiques et amaigrissement, enraidissement de l'angle et irrégularités de la petite courbure verticale d'aspect inhabituel. Gastrite en " ventouse de poulpe " prédominant dans la région du sphincter de l'antre.

.../...

Malade adressée par le Pr. HEPP le 7 octobre 1954.Chez cette femme de 71 ans, concierge, apparition depuis juillet 1954 de troubles généraux (anorexie, perte de poids de 9 kg, celui-ci étant passé de 59 kg à 50 kg) et d'une gêne épigastrique sans caractère précis, non rythmée par les repas, sans nausées, à peu près quotidienne ayant débuté après une diarrhée de 4 jours en juillet. Dans les antécédents, rien de particulier sauf quelques brûlures gastriques de temps en temps.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE en revanche montre des modifications considérables. Deux séries de clichés ont été faites l'une standard et l'autre avec banthine Ces deux séries sont superposables. Elles montrent sur toute la petite courbure et également sur la grande courbure des irrégularités. Ces irrégularités se présentent sous deux aspects. Au niveau de l'angle, il existe peut-être un léger enraidissement et dans cet enraidissement une ébauche de niche, mais l'enraidissement est léger et la niche retrouvée sur quelques clichés seulement. D'autre part, sur la petite courbure verticale, on observe des images très curieuses, donnant l'impression de bourrelets superposés qui n'ont pas du tout l'aspect en spicule des gastrites ulcéreuses habituelles. Il existe une invagination gastro-duodénale très nette surtout après banthine. Les images sont plutôt moins marquées après banthine. On avait éliminé un néoplasme et un ulcère, et on avait pensé soit à une gastrite, soit à des déformations du corps de l'estomac d'origine extrinsèque.

GASTROSCOPIE faite le 7 octobre par le Pr. LEBRAY à l'hopital Bichat. Gastroscopie presque facile. Malade très docile. La muqueuse gastrique présente dans dans toute son étendue, mais surtout dans la région du sphincter de l'antre et dans la moitié inférieure du corps des images caractéristiques de gastrite en ventouse de poulpe ou gastrite ombiliquée. Les éléments très nombreux se présentent sous l'aspect de saillie de un demi cm de diamètre environ, bien arrondie, très saillante (quelques mm) et présentant en leur centre une ulcération profonde, un peu irrégulière, recouverte d'une fausse membrane blanche. L'aspect est exactement identique à ce qui a été publié jusqu'à présent.

Ces érosions ombiliquées se trouvent surtout sur la face postérieure et près de la grande courbure. Il n'y en a peu sur la face antérieure et sur la petite courbure. Il n'y a pas de rigidité. Pas de saignement. Pas d'intolérance à l'air. La muqueuse est très rouge au niveau des ulcérations. Cette rougeur s'étend d'ailleurs à presque tout le corps de l'estomac. Il est à noter que sur la face postérieure existe de très gros plis en forme de bourrelets sur lesquels sont développées les érosions. Il n'a pas été noté d'autres lésions dans l'estomac. Pas de saignement.

Conclusion : gastrite en ventouse de poulpe très typique de la région du sphincter de l'antre et du corps.

Trois prélèvements biopsiques ont été faits à la partie moyenne du corps de l'estomac dans la région malade. Les trois fragments examinés appartiennent à une muqueuse de type fundique. Deux faits y sont notables : d'une part, les glandes sont très pauvres en cellules bordantes ; en même temps le revêtement

.../...

épithélial de surface subit une hétérotopie caliciforme et tend à prendre un aspect sinueux ébauchant des villosités. D'autre part, le conjonctif interstitiel est le siège d'une inflammation subaiguë, intense, avec une prépondérance de l'infiltration lympho-plasmocytaire. Il s'agit donc d'une gastrite interstitielle et épithéliale dont le caractère le plus important est la raréfaction des cellules bordantes qui doivent faire envisager un syndrome d'hypochlorhydrie.

(Pr. LAUMONIER)

Obs. 97 - Gastrite varioliforme du corps et de l'antre.

Mme L..., agée de 63 ans, souffre d'une gêne épigastrique ancienne.

RADIO - Estomac très ptosé avec quelques irrégularités de la petite courbure antrale.

GASTROSCOPIE le 2 avril 1957 par le Dr. HOUSSET. Estomac très vaste et rougeur diffuse de la muqueuse. Il existe en outre de très nombreux mamelons ayant un aspect varioliforme, c'est-à-dire ombiliqués en leur milieu et centrés par un petit point hémorragique.

Obs. 98 - Deux ulcérations gastritiques dont une ayant l'aspect " en ventouse de poulpe ".

Mme D..., agée de 44 ans, souffre depuis quelques années de douleurs épigastriques à type de torsion, parfois de brûlures, par périodes brèves et fréquentes. Les douleurs sont demi-tardives, exagérées par le vinaigre calmées par les poudres. Quelques céphalées. Il n'y a pas d'amaigrissement.

RADIO - Clichés anciens du 12 mars 1958
Réaction antrale et sur un cliché, niche angulaire paraissant ulcéreuse.

GASTROSCOPIE. le 26 juin 1959 par le Pr. DEBRAY. Dans le corps on trouve sur la grande courbure, une ulcération minime de 2 mm de diamètre entourée par une zone oedémateuse, le tout dessinant une cocarde. La zone oedémateuse, parait avoir 3 mm de diamètre. Il s'agit là d'une ulcération de type gastritique, un peu comparable à celles que l'on voit dans les gastrites en ventouse de poulpe. Sur la face antérieure, dans la même région, existence d'une autre petite ulcération superficielle. Il n'y a pas d'autre lésion dans l'estomac.

III ème GROUPE D'OBSERVATIONS

GASTRITES APHTOIDES

Obs.99 - Gastrite aphtoïde.

M.G..., agé de 37 ans, fabricant de broderies, consulte d'abord le 3 octobre 1945 pour des troubles dus à des hémorroïdes : aggravation d'un prolapsus ancien et douleurs. Ces manifestations sont d'évolution parallèle à celle de troubles intestinaux dominés par des épisodes de diarrhées estivales aiguës qui laissent entre les crises des troubles fonctionnels résiduels permanents marqués par l'abondance des gaz, l'émission de selles biquotidiennes enfin une douleur abdominale transversale en barre. Cet état n'est qu'imparfaitement amélioré par le charbon, les ferments lactiques et l'observance d'un régime.

L'anuscopie trouve de grosses hémorroïdes à droite et en bas, la rectoscopie est normale jusqu'à 17 cm, la jonction rectro-sigmoïdienne n'a pu être franchie. Un traitement anti-colitique d'une part et sclérosant d'autre part est entrepris.

En avril 1950 il revient consulter pour des brûlures tardives survenant 2 à 3 heures après les repas et une impression d'acreté dans la bouche qui durent depuis un an - diverses investigations étant demeurées négatives - Elles sont calmées par l'acide chlorhydrique officinal. Un traitement associant vitamine C et sédatifs est institué.

En octobre de la même année nouvelle consultation ; il a été un peu amélioré par le traitement mais les t oubles persistent néanmoins avec un manque de sommeil. Un traitement plus complet et plus riche en anti-spasmodiques et sédatifs est conseillé.

Le 6 janvier 1951 une GASTROSCOPIE est nécessaire.
Très grand estomac dont la partie inférieure est normale. Belles contractions. Sphincter de l'antre normal. Sur la petite courbure moyenne du corps présence de 7 exulcérations de 1 - 2 mm de diamètre ovalaires, superposées verticalement, creusées sur un pli assez épais, à fond blanc mat, à bords un peu plus rouges, non saignants sans raideur. En somme ulcérations aphtoïdes typiques.

De plus, sur la face postérieure sous cardiale, on constate un aspect oedémateux de la muqueuse, qui est plutôt pâle, et d'autre part un piqueté hémorragique paraissant se trouver à l'ostium des glandes, apparu semble-t-il seulement après la distension.

En conclusion : Gastrite oedémateuse et aphtoïde du corps.

Le traitement conseillé comporte le sirop de phénergan, le collargol à 1%, une cure de vitamine B 12 et d'autohémothérapie. Le 2 mars 1951 on a la confirmation par lettre de l'efficacité du traitement par le collargol, échec du phénergan qui provoque un état de torpeur. Au total amélioration certaine mais partielle. Une petite infection grippale intercurrente parait responsable de la légère chute du poids qui est retrouvée. Le traitement est continué, d'autre part nouvelle poussée hémorroïdaire devant aussi être traitée.

Obs. 100 - Ulcérations gastritiques aphtoïdes chez un malade ayant maigri. En raison d'un doute à la biopsie muqueuse, en dépit d'une évolution favorable, une réserve persiste impliquant une surveillance étroite.

M.P..., agé de 53 ans, employé de banque, est adressé au Pr. DEBRAY le 26 juillet 1959. Il se plaignait de douleurs épigastriques, un peu violentes, tardives se produisant vers 5 heures de l'après midi, calmées par l'alimentation, survenant par périodes séparées de courts intervalles, améliorées par un traitement médical. Il y avait d'autre part et surtout un amaigrissement considérable puisque, depuis octobre 1958 le poids est passé de 76 à 64 kg. La consommation de l'alcool et du tabac est légère. L'examen clinique y compris un toucher rectal est négatif. La numération et la formule sanguine sont normales.

Les RADIOGRAPHIES du 28 avril 1959 montrent un bulbe déformé sans niche et de gros plis de l'estomac. L'importance de l'amaigrissement avait fait penser à une lésion importante de l'estomac et avait nécessité l'hospitalisation à l'hopital Bichat.

Une première GASTROSCOPIE est faite le 9 juillet par le Dr. HOUSSET. Il existe une gastrite hypertrophique monstrueuse. Cette gastrite s'étend à tout le corps de l'estomac. Un énorme pli descend le long de la petite courbure et, explique sans doute l'aspect à double contour que l'on retrouve sur certains clichés. Au niveau d'un gros pli, situé sur la petite courbure on découvre deux taches blanchâtres qui semblent être en profondeur et correspondre à des ulcérations aphtoïdes, sans être des ulcères vrais. Par ailleurs, il existe de très nombreux dépôts de mucosités et au niveau de la face postérieure haute (région sous-cardiale) l'aspect hypertrophique est au maximum avec de très nombreuses mucosités qui pourraient passer pour une tumeur végétante. En fait il ne s'agit très certainement que d'un aspect très fortement gastritique. L'exploration de la région hiatale ne montre pas de hernie endoscopiquement visible.

Conclusion : Gastrite hypertrophique géante. Deux ulcérations aphtoïdes gastritiques. Pas de tumeur décelable en gastroscopie. Aspect gastritique pseudo-tumoral.

On avait fait alors de diagnostic de gastrite hypertrophique cachectisante. Il faut noter que la chlorhydrie était basse avec maximum à 33 méq., que le complet hépatique était normal, que l'épreuve d'hyperglycémie était courbe plate (0,84 1,16) que la formule sanguine était normale et l'amylasémie également.

La gastro-biopsie (4 prélèvements) avait montré un fragment d'oesophage normal, une muqueuse fundique normale ou à peu près sur deux fragments, le dernier fragment en revanche était formé de tubes glandulaires dédifférenciés, dont le revêtement était fait de cellules cylindriques basophiles avec des noyaux à disposition irrégulière. Ces noyaux, de taille volumineuse, inégale,

.../...

contenant de volumineux nucléoles, montraient quelques mitoses dont une parait anarchique. Un tel aspect devait faire soulever à l'histologiste le diagnostic de lésion épithéliomateuse possible.

Le malade est revu le 17 octobre 1959. Il va certainement mieux. Il ne pèse toujours que 64 kg pour 1 m 73 mais il n'a plus maigri. Les phénomènes fonctionnels gastriques ont à peu près disparu. L'appétit est bon, il n'y a aucune douleur d'estomac, sauf en cas d'écarts de régime et l'asthénie a disparu. On fait alors une nouvelle gastroscopie. Celle-ci est facile comme d'habitude (malade édenté et docile). La partie basse de l'estomac est normale. De même que le sphincter de l'antre. Dans le corps de l'estomac on retrouve comme la dernière fois, de gros plis mais beaucoup moins hypertrophiques semble-t-il. Ils sont maximum sur la face postérieure comme d'habitude. Ils sont rouges. Il existe une certaine hypersécrétion de mucus. On trouve sur la face postérieure, à peu près dans son milieu, dans la région sous-cardiale une ulcération de 1 cm environ, allongée dans une dépression entre deux plis. Cette ulcération parait banale et n'a aucun caractère pouvant faire penser à une ulcération polymitotique. La région sous-cardiale est normale.

Conclusion : Amélioration très notable de la gastrite. Gastrite érythémateuse et hypertrophique. Pas de signe pouvant faire penser actuellement à une lésion proliférante gastrique.

Le malade est mis à un traitement par les vitamines B 1. B12, foie, la poudre alcalino-bismuthée, la réglisse, le sirop de phénergan, un régime approprié. On lui demande de se faire radiographier vers le mois de décembre 6 mois après la première serie de clichés. Etant donné les images radiologiques, gastroscopiques et les données de la BMG le malade doit rester sous surveillance.

Obs. 101 - Erosion aphtoïde unique de la petite courbure moyenne, non retrouvée lors d'une seconde gastroscopie.

Mme P..., agée de 49 ans, femme de ménage a une polynévrite éthylique. Hospitalisation en mai 1934 et décembre 1934. Elle se plaint de troubles digestifs : anorexie et vomissements. A l'examen clinique un gros foie est retrouvé.

GASTROSCOPIE en 1936 à l'hopital de Vaugirard. Petite érosion aphtoïde de la petite courbure moyenne. Aspect mamelonné de la face antérieure basse et de la grande courbure. Antre d'aspect normal. Pas de gastrite atrophique.

Quelques mois plus tard elle va beaucoup mieux, ayant observé un régime sans alcool mais se plaint encore de dyspepsie avec quelques vomissements.

Obs. 102 - Erosion aphtoïde unique du sphincter de l'antre.

M.L..., agé de 38 ans, souffre depuis 5 ou 6 ans de brûlures semi-tardives

.../...

calmées par des vomissements durant 2 ou 3 jours par mois. Récemment la douleur a été plus violente, à type de torsion, et a duré 15 jours. Amaigrissement de 6 kg en 3 semaines.

RADIO. Estomac normal.

GASTROSCOPIE. le 20 février 1937. Rougeur non homogène du pilier antérieur avec en un point une érosion aphtoïde de 2 mm de diamètre environ. Face antérieure également plus rouge que normalement.

Obs. 103 - Erosion aphtoïde unique de la face antérieure du corps de l'estomac dans sa partie sous-cardiale, observée à l'occasion d'une hématémèse.

M.G..., agé de 69 ans, est entré à l'hopital Vaugirard pour une hématémèse survenue le 21 mars, après des prodromes digestifs très vagues, suivie de melaena, examen négatif, pas de signe d'éthylisme.

RADIO. Mauvais remplissage de l'antre.

GASTROSCOPIE le 9 avril 1938. Petit arrêt du tube au cardia. La distension par l'air dans cette région détermine la formation d'une poche oesophagienne dont la muqueuse est tout à fait normale. L'estomac est petit, tolérant à l'air hypokinésique, il a une forme tronconique, le pylore se trouvant au point déclive. On ne distingue pas le sphincter de l'antre. La région antrale a une forme triangulaire à la coupe, le pylore est petit et a un aspect étoilé. La face inférieure de l'antre présente deux taches grisâtres mal limitées qui ne sont pas en saillie, sans ulcération, dont la nature ne peut-être précisée exactement. Forte saillie de la face postérieure du corps de l'estomac (refoulement extrinsèque probable). Ce qu'il convient surtout de noter c'est l'existence de nombreuses dilatations capillaires qui ont tantôt une forme en réseau tantôt sont pénicillées, ces arborescences vasculaires ont une teinte rouge.

Il ne s'agit certainement pas de dilatations veineuses lesquelles sont beaucoup plus volumineuses beaucoup moins nombreuses et ont une teinte bleu noir. Ces dilatations capillaires existent dans tout l'estomac, on en trouve même dans l'antre, en particulier sur sa face supérieure, mais elles sont surtout nombreuses sur le corps de l'estomac et en particulier sur la face postérieure. Enfin sur la face antérieure immédiatement sous cardiaque on a vu une érosion aphtoïde très nette de 2 ou 3 mm de diamètre à fond grisâtre. Ni au niveau de cette érosion, ni au niveau des dilatations capillaires, on ne note de suintement sanglant.

Obs. 104 - Erosion aphtoïde unique sur le sphincter de l'antre.

M.P..., agé de 42 ans, maçon, est envoyé par le Pr. ALBOT le 3 janvier 1942.

.../...

RADIO. Niche bulbaire douteuse et surtout image encastrée prépylorique.

GASTROSCOPIE. On voit sur le sphincter de l'antre, sur le pilier antérieur (versant antral) une érosion aphtoïde de 2 ou 3 mm de diamètre à fond beurre frais très superficielle, sans inflammation autour d'elle. Il n'a pas été vu d'autre ulcération dans l'estomac. Lac muqueux abondant et bilieux.

Obs. 105 - Exulcération aphtoïde unique de la face antérieure antrale juxta-pylorique, découverte à l'occasion d'une hématémèse.

Melle T...., agée de 17 ans, servante, a eu une hématémèse de sang noir avec caillots, sans prodromes. L'examen clinique est négatif.

EXAMEN RADIOLOGIQUE normal.

GASTROSCOPIE le 13 octobre 1951 à l'hopital Vaugirard. L'estomac est gastroscopiquement normal, sans visibilité veineuse, sans hémorragies (une petite tache hémorragique de la face postérieure mais traumatique). Dans l'antre la face antérieure tout près du pylore présente une exulcération très petite de 2mm à fond blanchâtre un peu déprimée non saignante, d'aspect aphtoïde.

Obs. 106 - Ulcération aphtoïde unique de la petite courbure.

..L..., agé de 72 ans, souffre depuis 5 ans de douleurs épigastriques épisodiques espacées d'une semaine à un mois, ayant tendance à être plus rapprochées. Actuellement il souffre surtout la nuit de brûlures et crampes très violentes accompagnées d'eructations. Amaigrissement de 13 kg en 2 ans.

RADIO. Estomac normal.

GASTROSCOPIE le 9 février 1952 à l'hopital Vaugirard. Antre normal ; sphincter de l'antre normal. En amont de celui-ci sur la petite courbure ulcération aphtoïde de 2 ou 3 mm de diamètre à fond blanc crémeux située sur une élévation légère. Autour d'elle zone gastritique avec muqueuse oedémateuse irrégulière. Sur le reste du corps exsudats pultacés.

.../...

Obs. 107 - Hémorragies digestives. Ulcération aphtoïde unique de la face postérieure du corps de l'estomac.

Malade agé de 29 ans, manoeuvre nord-africain, ayant eu récemment des hémorragies digestives.

RADIO. Normale.

GASTROSCOPIE le 4 septembre 1952. Rougeur intense de l'estomac. Nombreux dépots de bile. Sur la face postérieure présence d'une ulcération aphtoïde.

Obs. 108 - Gastrite érythémateuse à gros plis du corps de l'estomac, sur la face postérieure une ulcération aphtoïde unique au sommet d'un pli.

M.C..., agé de 65 ans se plaint de ressentir depuis de nombreuses années, des brûlures avec pyrosis. L'évolution par période n'est pas nette. Les douleurs surviennent trois heures après le repas, ne sont pas calmées par l'alimentation ni par les poudres.

RADIO. - La partie haute de l'estomac présente des irrégularités de type gastritique. Ces irrégularités ont augmenté aux derniers examens et l'hypothèse d'une polymitose gastrique avait été soulevée.

GASTROSCOPIE le 29 janvier 1953. La partie basse de l'estomac est rouge. Le corps présente une gastrite intense, vineuse avec des plis assez volumineux. Sur la face postérieure existe une petite ulcération aphtoïde de deux ou trois mm cernée par un liseré carminé. Cette ulcération se trouve au sommet d'un pli. Pas d'autre lésion décelable dans la région sous-cardiale hormis la gastrite déjà signalée.

Obs. 109 - Ulcération aphtoïde unique sur la face postérieure du corps de l'estomac observée à l'occasion d'une hématémèse.

Mme J..., agée de 52 ans, a été hospitalisée dans le service du Pr. DEBRAY ayant eu récemment une hématémèse. Aucun antécédent particulier n'est mentionné si ce n'est des douleurs épigastriques peu précises. La malade avait pris de l'aspirine au cours des deux jours qui ont précédé l'hémorragie.

GASTROSCOPIE le 14 avril 1959 (DR. HOUSSET). L'antre présente plutôt

.../...

un aspect atrophique avec amincissement de la muqueuse effacement des plis et visibilité importante et l'on observe en pleine face postérieure une ulcération de 3 à 4 mm de diamètre arrondie à bords cernés de rouge. Il s'agit d'une ulcération aphtoïde absolument typique. Dans la région sous-cardiale aspect érythémateux et mamelonné de la muqueuse au niveau de la face postérieure.

Obs. 110 - Trois ulcérations aphtoïdes au-dessus du sphincter de l'antre.

M.B..., agé de 46 ans, souffre de douleurs épigastriques post-prandiales.

RADIO. aspect déchiqueté de la grande courbure.

GASTROSCOPIE (Dr.HOUSSET). Dans la partie basse juste au-dessus du sphincter de l'antre deux ou trois ulcérations aphtoïdes absolument typiques, arrondies, peu profondes, recouvertes d'un enduit blanchâtre et entourées d'un halo rouge.

Obs. 111 - Hématémèse récente. Trois exulcérations aphtoïdes sur la face antérieure haute du corps.

Malade agé de 47 ans, cantonnier, se plaignant d'un syndrome ulcéreux typique très ancien. Il a ressenti une amélioration par le traitement anti-ulcéreux mais récemment une hématémèse peu abondante s'est produite et l'état général s'altère (tabagisme)

RADIOGRAPHIES normales.

GASTROSCOPIE le 2 juin 1960 par le Dr. BORDAIS. Au niveau du corps gastrique il existe une gastrite érythémateuse diffuse importante qui s'accentue dans la partie haute. Sur la face antérieure haute il existe trois exulcérations aphtoïdes arrondies, en dépression, entourées d'une auréole rouge. La muqueuse environnant apparait rouge mais lisse et souple. Le reste de l'estomac est normal.

Obs. 112 - trois ulcérations aphtoïdes antrales et une au-dessus du sphincter de l'antre.

Malade agé de 35 ans, chauffeur, entre dans le service pour une crise douloureuse épigastrique intense avec régurgitations acides, durant depuis deux heures. Cette

.../...

crise est la deuxième du type, la première en mars 1954 ayant conduit la malade à Lariboisière, où les examens radiologiques multiples n'avaient rien montré. Il s'agit d'un malade fumeur et éthylique.

EXAMEN RADIOLOGIQUE : négatifs.

GASTROSCOPIE 18 février 1955. Dans l'antre la muqueuse est rouge, et l'on note au niveau de la face postérieure antrale au moins trois petites ulcérations aphtoïdes, très nettes de 2 ou 3 mm de diamètre, arrondies, recouvertes d'un enduit blanchatre et certaines entourées d'un halo rouge. Le sphincter de l'antre est normal et au-dessus de lui on note également une autre ulcération aphtoïde typique. Le corps de l'estomac présente au niveau de la face postérieure moyenne, des plis très importants, oedémateux, difficiles à explorer parce que très proches de l'objectif. Le lac muqueux est assez abondant, légèrement bilieux.

Une BIOPSIE gastrique a été faite dans la partie moyenne du corps de l'estomac et a ramené un fragment. Cet unique fragment de muqueuse gastrique appartient au fundus. Les glandes sont tout à fait normales avec une bonne répartition de leurs deux types cellulaires. Il n'y a pas de réaction inflammatoire à leur niveau. Le chorion superficiel est par contre discrètement infiltré par des lymphocytes et par des plasmocytes. L'épithélium de revêtement est hétérotopique.

En résumé : muqueuse fundique atteinte d'une très discrète gastrite interstitielle de surface. (Pr. LAUMONIER)

Depuis la précédente gastroscopie la malade a été traité par l'hydrocortisone mais continue de souffrir.

2 ème GASTROSCOPIE (Dr. HOUSSET) le 23 mars 1955. L'examen n'a pas permis de retrouver les ulcérations qui ont été décrites et la muqueuse, dans son ensemble est beaucoup moins rouge. Il subsiste seulement une gastrite mamelonnée assez importante de la face postérieure du corps de l'estomac.

Une BIOPSIE gastrique a été faite à 60 cm des arcades dentaires et a ramené un fragment. Ce prélèvement, superficiel, intéresse la zone infundibulaire de la muqueuse. Toutefois, la partie toute supérieure de plusieurs collets a été intéressée. On remarque une activité sécrétoire intense de l'épithélium de revêtement, avec hétérotopie caliciforme très marquée. Le tissu interstitiel, oedémateux, est infiltré par de nombreux plasmocytes, situés au contact de capillaires congestionnés. Ce sont donc les caractères d'une gastrite oedémateuse et interstitielle. (Pr. LAUMONIER)

Obs. 113 - Ulcérations aphtoïdes antrales observées à une seconde gastroscopie.

M.B..., agé de 40 ans, chauffeur de taxi, souffre depuis une dizaine d'années de brûlures post-prandiales très tardives, nocturnes, par périodes qui ne sont pas

.../...

très bien individualisées avec quelques troubles dans l'intervalle. (travaille la nuit).

RADIO. Bulbe petit et irrégulier, suspect d'ulcère.

GASTROSCOPIE en janvier 1937. Gastrite manifeste de la petite courbure du fundus de type mamelonné. Estomac rouge avec dépôts pultacés, salive abondante. Antre rouge également et petit. Angle gastrique très saillant.

Le 20 mars 1937- 2ème gastroscopie après traitement collargol et bismuth, amélioration très nette mais pas absolument complète. On retrouve la gastrite mamelonnée du corps face antérieure et petite courbure signalée à l'examen antérieur. Sur la face antérieure de l'antre petites ulcérations aphtoïdes, le pylore s'ouvre en haut et à droite et parait assez déformé. La région antrale est d'un rouge sombre.

Le malade est revu le 22 juillet 1939. Il va mieux qu'en 1937, mais se plaint encore de brûlures.

GASTROSCOPIE. Muqueuse fragile avec quelques stries hémorragiques sur la face postérieure. Estomac un peu plus rouge que normalement.

Obs. 114 - Quelques érosions aphtoïdes sur la face antérieure du corps de l'estomac.

M.R..., agé de 68 ans, envoyé par l'hopital de Créteil souffre d'une symptomatologie ulcéreuse typique de l'estomac depuis de nombreuses années.

RADIO. Bulbe petit, déformé, très irrégulièrement rempli.

GASTROSCOPIE le 1 février 1936 à l'hopit l Vaugirard. Estomac hypertonique et hyperkinétique, des contractions gastriques viennent appliquer la paroi contre l'objectif au cours de l'examen. Tolérance à l'air faible. Muqueuse fragile, saignant là où le tube l'a touchée. Une contraction vient souiller l'objectif de sang et de mucus si bien que la région antropylorique n'a pu être vue correctement. Sur la face antérieure dans la moitié inférieure quelques érosions aphtoïdes.

Obs. 115 - Gastrite mamelonnée du corps comportant des ulcérations qualifiées d'aphtoïdes.

M.D..., agé de 30 ans, chaudronnier, a souffert en juin 1951 d'une douleur épigastrique post-prandiale. Amélioration pendant deux mois et reprise passagère. Depuis octobre 1951 reprises des douleurs post-prandiales calmées par l'alimen-

tation, accompagnée de nausées. Amaigrissement de 11 kg en 1 an.

RADIO ; Trois séries mai 1951, juin 1951, février 1952. Enormes plis du corps, aspect vermoulu de la petite courbure, et à la compression aspect aérolaire de sa partie moyenne.

GASTROSCOPIE le 14 février 1952. L'antre est un peu rouge sans ulcération. Dans le corps de l'estomac et surtout dans la moitié supérieure de celui-ci, intense gastrite : plis très volumineux, tortueux, juxtaposés, épais, oedémateux surtout sur la face postérieure, aspect mamelonné de toute la face postérieure avec gros mamelons, enfin sur la face postéri ure et sur le bas-fond ulcérations aphtoïdes certaines à fond blanc, crémeux, à bords un peu irréguliers, de 3 à 4 mm de diamètre, sans liseré carminé, siégeant surtout sur des plis. Récessus sous-cardial de la face postérieure près de la petite courbure. Quantité importante de liquide muqueux épais. Tolérance à l'air faible, sensibilité très grande de la région sous-cardiale.

Conclusion : Gastrite oedémateuse mamelonnée et ulcéreuse très importante du corps.

Obs. 116 - Gastrite mamelonnée et aphtoïde comportant un grand nombre d'ulcérations sur les 2/3 supérieur du corps.

M.P..., agé de 35 ans, manoeuvre, souffre de troubles dyspeptiques peu précis faits d'une gêne épigastrique et de vomissements survenant une demi-heure à deux heures après le début du repas. Amaigrissement de 4 kg en un mois et demi. Sur ce fond dyspeptique continu courtes périodes de rémission (deux à trois jours).

RADIO. Hyperkinésie, pas de lésion pariétale visible.

GASTROSCOPIE le 28 novembre 1953. Kinésie forte. A partir du 1/3 moyen du corps de l'estomac, et jusqu'à la région sous-cardiale on note une hypertrophie considérable des plis de la muqueuse qui est parsemée d'une multitude d'ulcérations aphtoïdes. Chaque élément est constitué par une zone blanchâtre arrondie, plane, entourée d'un halo rouge, et située généralement au sommet d'un pli.

Conclusion gastrite hypertrophique aphtoïde de la partie supérieure de l'estomac.

BIOPSIE : Fragment de muqueuse fundique modifiée par un léger oedème interstitiel et par quelques petits ilôts de sclérose de la région superficielle du chorion.

.../...

Obs. 117 - Gastrite aphtoïde du corps très intense. Aspect variable des ulcérations.

M.C..., agé de 51 ans, envoyé par le Dr. CHATELIN, se plaint de troubles dyspeptiques et d'amaigrissement.

RADIO. Très gros plis.

GASTROSCOPIE. le 29 octobre 1955. La muqueuse du corps est littéralement couverte d'ulcérations peu profondes du type aphtoïde recouvertes de fausses membranes blanchâtres. Il existe toutes les formes d'ulcérations : linéaires en étoile, arrondies. Certaines sont plus profondes que les autres. Plusieurs sont situées au sommet des plis. Il a été noté une ulcération au sommet d'un mamelon isolé de la grande courbure antrale, par ailleurs hypertrophie considérable des plis surtout au niveau de la grande courbure moyenne.

Conclusion : Gastrite ulcéreuse aphtoïde particulièrement intense.

Obs. 118 - Gastrite aphtoïde associée à des aphtes buccaux.

M.L..., GASTROSCOPIE le 4 janvier 1955 à l'hopital Vaugirard.
Intolérance à l'air. Difficulté d'obtenir un champ complet. Aspect de l'antre normal. Pylore invisible. Au niveau de la grande courbure nombreux dépôts pultacés, dus peut-être à une gastrite légère. Estomac de forme et de kinésie normales. Aphtes de la face postérieure et de la partie basse de la petite courbure. Lac muqueux abondant. Gastrite aphtoïde (coïncidant d'ailleurs avec des aphtes buccaux).

Obs. 119 - Gastrite hypertrophique et ulcéreuse. Les ulcérations sont du type aphtoïde.

M.P...., agé de 35 ans, se plaint depuis 4 ans de douleurs épigastriques à type de torsion apparaissant une demi-heure après les repas, atténuées par l'alimentation, de durée spontanée variable. Ces douleurs sont exagérées par les sauces. Elles ne sont pas calmées par les poudres alcalino bismuthées. Il n'y a pas de périodicité. Pas de nausées ni vomissements ni syndrome hiatal.

RADIO : Sur la première série de clichés de 1959, on note des images d'addition de la petite courbure moyenne. Une de ces images est plus importante et fait songer à un ulcère.

Sur une deuxième série de clichés de novembre 1961, on ne retrouve pas d'image de niche nette. En revanche il persiste dans la même région des irrégularités assez importantes.

.../...

GASTROSCOPIE : Exploration complète sauf en ce qui concerne le pylore et la petite courbure prépylorique.

Dans l'ensemble, l'antre et le corps de l'estomac sont le siège d'une gastrite hypertrophique et ulcéreuse très importante. Les plis sont géants disposés de façon anarchique rouges, luisants. Entre ces plis ou au niveau même de ces plis, on découvre des ulcérations aphtoïdes multiples dont le nombre semble élevé. La fréquence de ces ulcérations semble la plus grande dans la région de l'angle. Il s'agit d'ulcérations aphtoïdes arrondies, à fond blanchâtre mat.

Dans la partie haute, les plis sont plus accentués et plus rouges.

Pas de hernie hiatale visible.

Conclusion : Gastrite hypertrophique géante et ulcéreuse.

(Dr. HOUSSET) 12.12.61

IV° GROUPE D'OBSERVATIONS

GASTRITES LIMITEES A DIFFERENTES REGIONS DE L'ESTOMAC NE COMPORTANT SOIT QU'UNE SEULE, SOIT QU'UN TRES PETIT NOMBRE D'ULCERATIONS.

Nous proposons successivement des exemples de gastrites limitées au sphincter de l'antre, à la région angulaire, à la région sous-cardiale, à la petite courbure, enfin à une face. Nous rappelons que nous avons déjà rangé dans le Ier groupe des exemples voisins de ceux-ci où le processus ulcératif était limité à une partie exiguë de la surface intra-gastrique, mais l'association de troubles plus diffus d'un autre ordre - gastrite mamelonnée en particulier - nous a paru justifier de les classer parmi les gastrites mamelonnées et ulcéreuses diffuses. Bien que l'association de phénomènes gastritiques diffus accompagnant les ulcérationsne soit pas exclue dans les exemples suivants, elle y est moins nettement exprimée.

Nous avons exclu de ce groupe également les observations de gastrites comportant une seule alcération aphtoïde ou un petit nombre d'ulcérations de ce type, lorsqu'il était nettement spécifié, pour grouper ensemble toutes les gastrites aphtoïdes.

Il entre inévitablement dans une telle classification une part d'arbitraire, mais celle-ci nous a paru avoir l'avantage de mettre l'accent sur certaines régions de la muqueuse gastrique où il est particulièrement fréquent d'observer des ulcérations gastritiques.

GASTRITES LOCALISEES AU SPHINCTER ANTRAL.

Obs. I20 - Troubles dyspeptiques. Irrégularités de la petite courbure verticale. Quelques ulcérations étoilées dans la région du sphincter antral en gastroscopie.

M. B..... , âgé de 4I ans, gardien de la paix, est adressé à M. le Pr. DEBRAY le I5 Mai I948. Il souffre de l'estomac depuis une dizaine d'années mais surtout depuis un an et demi par périodes brèves de quelques jours. Plus que de douleurs il s'agit de pesanteurs survenant à I ou 2 heures de l'après-midi avec ballonnement abdominal, éructations, reflux acides, troubles dyspeptiques. Certains aliments choux, haricots, graisse sont mal supportés. Le transit intestinal est normal. Il existe un prurit anal. Le poids normal est de 76 kg actuellement il pèse 7I kg 8 après avoir pesé 63 kg.

L'examen clinique trouve une légère défense sous-costale droite.

Un examen RADIOLOGIQUE fait à l'hôpital Vaugirard permet de voir un bulbe mal rempli, de petites irrégularités de la petite courbure verticale. D'autre part la vésicule est normale.

La GASTROCOPIE est faite le 25 juin I948 par le Pr. Debray. La forme, la couleur, les contractions de l'antre sont normales. Sur le pourtour du sphincter de l'antre et sur la petite courbure sus-jacente aspect oedémateux et irrégulier de la muqueuse. Le sphincter est épais, tendu d'un rose pâle, différent de la teinte rose normale. Plusieurs ulcérations : une au niveau du pied du pilier antérieur, une un peu au-dessus du sommet du sphincter de l'antre, une ou deux dépressions peut être ulcérée sur la petite courbure et la face postérieure. Ulcérations minimes en puits de 2 mm de diamètre étoilées, irrégulières, non saignantes avec un petit dépôt blanchâtre dans le fond. De plus quelques pétéchies à la limite de la visibilité.

Gastrite mamelonnée de la face antérieure basse. Plis de la face postérieure, un peu rouges et gonflés.

Présence de I00 cc de liquide bilieux un peu trouble.

Tolérance à l'air normale. Hypertonie et hyperkinésie.

Conclusion : gastrite de la région du sphincter antral oedémateuse et ulcéreuse, un peu de gastrite mamelonnée.

Traitement prescrit : achèvement de la cure de staprolysat puis sirop de phénergan, bromure de Na, collargol, belladénal.

Obs. I2I - Crises de brûlures paroxystiques épigastriques surtout nocturnes. Exulcération gastritique sur le sphincter de l'antre à la gastrocopie.

M. B..... âgé de 47 ans, électricien est adressé à M. le Pr. Debray, le 25 juin I952. Depuis 2 ans, il souffre de crises douloureuses durant I à 2 heures survenant de façon très espacées tous les mois; il souffre beaucoup plus souvent depuis 3 mois, 5 crises au cours des derniers I5 jours. Il s'agit d'une douleur épigastrique haute très intense, sensation de brûlure irradiant vers les membres supérieurs, calmée par les suppositoires de spasmavérine. Les crises s'accompagnent d'agitation, des vomissements alimentaires se sont produits 3 ou 4 fois en fin de crise. Ces crises très particulières surviennent surtout la nuit, réveillant le malade, parfois dans la journée, pas toujours à la même heure, mais aucun facteur déclenchant ne peut être mis en évidence. L'appétit est normal, il n'y a pas de troubles dyspeptiques, le transit intestinal est normal, le poids n'est pas modifié. Il s'agit d'un fumeur important.

La GASTROCOPIE est faite le 25 juin par le Pr. Debray. Passage de la sonde de Camus sous contrôle radiologique. Pas de spasme au cardia. On retire 5 cc de liquide grisâtre et bilieux. Passage du gastroscope facile, mais nausées importantes. Tolérance à l'air faible. Légère fragilité de la muqueuse.

La partie basse de l'estomac est rouge. A l'endroit où a buté la sonde de Camus, existent de petites pétéchies. Sous la muqueuse antrale, de nombreux capillaires sont visibles. Au cours de l'examen, il n'existe aucune contraction de l'antre, et le pylore n'a pu être vu. Sur le pilier postérieur du sphincter de l'antre, existe une petite zone blanchâtre, vue presque de profil, exulcérée. Il s'agit là très probablement d'une exulcération gastritique, plutôt que d'un ulcère.

Dans le corps de l'estomac, gastrite mamelonnée diffuse, importante, à petits éléments, prédominant sur la grande courbure et la face postérieure. Cà et là quelques petites saillies des dimensions d'une tête d'épingle, plus rouges. Sur la face postérieure haute, mucus épais, formant une sorte de gros oedème des plis du corps.

La région du cardia est elle-même oedémateuse. A ce niveau la muqueuse prend un aspect gelatiniforme tremblotant. Il n'y a pas d'ulcération. La partie basse de l'oesophage, visible à travers le gastroscope paraît normale. Il n'a pas été fait d'oesophagoscopie avec le tube rigide. Le passage du gastrocope se fait en effet facilement, l'image radiologique est normale et la partie basse de l'oesophage vue à travers la gastroscope ne présente certainement pas de lésion importante.

Conclusion : Gastrite diffuse, érythémateuse de l'antre, mamelonnée et exulcérée dans le corps. oedème du cardia.

Traitement prescrit : suppression du tabac, association de belladone et de barbituriques, antispasmodiques et sédatifs, poudre alcalino-bismuthée.

Obs. I22 - Erosion unique au sommet d'un mamelon situé sur le sphincter antral.

Mme D....., âgée de 47 ans, violoniste, consulte M. le Pr. Debray le 2I décembre I947 parce qu'elle a souffert de façon récente de quelques crampes épigastriques fugitives. L'appétit est conservé, aucun trouble dyspeptique ni colique n'est associé.

Sur les RADIOGRAPHIES, on observe une image en oméga de l'angle avec quelques irrégularités de la petite courbure sus-jacente.

La GASTROCOPIE permet de voir un estomac de dimensions normales, tolérant à l'air, sans fragilité de la muqueuse, calme. L'antre est normal. La partie distale de l'antre et le pylore n'ont pu être vus que partiellement. Le sphincter de l'antre est un peu épais (oedème). Les contractions en sont bien régulières. Pas de rigidité décelable par le palper abdominal de cette région.

Sur la face postérieure un peu en amont du sphincter de l'antre, (pilier postérieur) existe un petit mamelon rouge de quelques mms de diamètre portant à son sommet une petite tache plus rouge sanglante. Pas de convergence des plis. Pas d'autre lésion de ce type décelable dans l'estomac.

Le reste de la face postérieure et de la face antérieure est plutôt pâle. Rien à noter sur la petite courbure.

Conclusion : Mamelon de la face postérieure basse portant une petite érosion. Sphincter de l'antre un peu plus épais (oedème). Gastrite de la région du sphincter de l'antre.

Quelques temps plus tard, un EXAMEN RADIOLOGIQUE fait à l'occasion de quelques douleurs montre une hyperkinésie gastrique et laisse un doute sur le bulbe. Après un séjour en Limousin, l'aspect est normal sur de nouveaux clichés. Les douleurs toutefois persistent jusqu'en septembre I948 puis disparaissent complètement. Elle se porte bien pendant deux ans I/2.

Le I7 avril 5I, la malade consulte de nouveau pour la réapparition depuis trois semaines de douleurs épigastriques hautes et rétrosternales quotidiennes survenant à I ou 2 heures de l'après-midi. Ménopause récente effectuée normalement.

Une nouvelle gastroscopie n'est pas jugée utile. Le traitement conseillé comporte hormones, poudre alcalino bismuthée, phénergan.

Obs. I23 - Ulcérations gastritiques de la région du sphincter antral.

M. B....., âgé de 39 ans, souffre depuis six ans de douleurs épigastriques survenant par périodes calmées par le bismuth, parfois par l'alimentation. Les douleurs sont à type de crampes et de brûlures. Il y a eu des vomissements fréquents. En somme syndrome ulcéreux avec réaction pylorique possible en raison des vomissements.

RADIO. Irrégularités de la grande courbure horizontale.

GASTROSCOPIE le 7 novembre I952. Le sphincter de l'antre est au début de l'examen extrêmement épais mais au bout de quelques minutes, il redevient presque normal quoique ayant encore un certain degré d'oedème. Mais surtout, la muqueuse qui recouvre les piliers et la région du corps de l'estomac qui surmonte la ré gion sphinctérienne présente des signes de gastrite très nets de rougeur, muqueuse irrégulière, petites ulcérations (une ulcération sur le pilier antérieur). Il y a dans cette zone des régions érythémateuses et d'autres plus claires prenant un aspect morbiliforme. La grastrite prédomine sur la face antérieure et remonte jusque dans la région sous-cardiale qui a un aspect oedémateux. Présence d'un lac muqueux très sale bilieux.

Le malade est traité par un régime (suppression du tabac, de l'alcool) des anti-gastritiques (phénergan, collargol à I % et une série d'injections vitamine C 500 mg., sulfate d'atropine I/2 mg).

Obs. I24 - Ulcération gastritique siègeant sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre.

M. N....., âgé de 25 ans, souffre depuis un mois de douleurs tardives quotidiennes calmées par les alcalins.

RADIO. Bulbe mal imprégné sans niche certaine.

GASTROCOPIE. Estomac hypertonique et hyperkinétique. Au niveau de l'angle, tache de purpura. Pétéchies siègeant sur le sphincter même et à son voisinage. Une ulcération nette sur le pilier antérieur (2 mm de diamètre). Oedème de la petite courbure (plis horizontaux). Sphincter de l'antre contracté ne s'ouvrant pas. Plis du bas-fond gastrique épais. Lac muqueux bilieux important. Sur la partie haute de l'estomac nombreux dépôts salivaires habituels aux gastrites ulcéreuses.

Obs. I25 - Exulcération siègeant au sommet du pilier antérieur du sphincter de l'antre, une autre exulcération sur la face postérieure un peu au-dessus du sphincter de l'antre.

P. C....., âgé de 67 ans, se plaint d'une anorexie depuis six mois, d'un léger amaigrissement et de pesanteurs épigastriques post-prandiales. L'examen clinique trouve une hépatomégalie surtout du lobe droit qui est ferme.

RADIO. Aspect anormal de la petite courbure verticale inférieure : zone de mauvais remplissage, sans rigidité, constante sur tous les clichés.

GASTROSCOPIE. Le I6 décembre I950. Sphincter de l'antre assez épais, contracté, avec un pilier antérieur très saillant et presque à son sommet une exulcération de 4 à 5 mm de diamètre recouverte d'une mince pellicule blanchâtre à bords flous. Une autre exulcération sur la face postérieure un peu au-dessus du sphincter de l'antre légèrement saignante est retrouvée. La grandeur de courbure du corps est très rouge.

Obs. I26 - Deux ulcérations superficielles siègeant sur le pilier postérieur du sphincter de l'antre.

Malade âgé de 28 ans, souffre de douleurs survenant par crises rapprochées depuis quelques temps 4 heures après les repas à type de torsion.

RADIO. Déformation de la petite courbure sous-angulaire.

GASTROSCOPIE. Le I3 mars I937. Gastrite mamelonnée de la petite courbure haute et de la face antérieure adjacente (à mamelons peu élevés). Au niveau d'un sphincter antral on voit très nettement deux ulcérations siègeant sur le pilier postérieur de 3 mm de diamètre environ. Ces deux ulcérations sont recouvertes partiellement d'une fausse membrane blanc crémeux et cernées par un liseré rouge; elles sont très superficielles et n'ont absolument pas l'aspect de l'ulcère de Cruveilhier. A noter encore que la région de la grande courbure pré-antrale a un aspect dépoli.

Obs. I27 - Minime érosion unique sur le palier postérieur du sphincter de l'antre, ressemblant à une érosion aphtoïde.

Mme P....., âgée de 28 ans, souffre de crises de douleurs se produisant depuis 9 ans, siègeant à l'épigastre post-prandiales tardives, calmées par les vomissements. Depuis 6 mois amaigrissement. Antécédents anciens de 3 ans de lithiase biliaire.

RADIO. Aspect de sténose pylorique.

.../...

GASTROSCOPIE le I2 décembre I936. Plis du corps, presque effacés. Sur la face antérieure à la jonction de la grande courbure, 2 veinules visibles. L'antre est très volumineux, le pylore visible par intermittence paraît normal. Sur la face postérieure de l'antre à un centimètre de la grande courbure, à un centimètre du sphincter de l'antre et à 3 ou 4 cm du pylore, on voit une fausse membrane allongée longitudinalement, faisant saillie sur le reste de la muqueuse. Il est probable que cette fausse membrane recouvre une ulcération mais on ne peut l'affirmer absolument. Les piliers de l'antre sont peu marqués et sur le pilier postérieur, on voit une très mince érosion de 2 mm de long, ovalaire, et ressemblant à une érosion aphtoïde.

Obs. I28 - Ulcérations superficielles en petit nombre siégeant dans l'antre et sur le sphincter de l'antre.

Mme B....., âgée de 65 ans, se plaint d'une asthénie, d'anorexie, de vomissements alimentaires et glaireux, enfin de douleurs post-prandiales ne survenant pas après tous les repas. Amaigrissement de I8 kg. Sensibilité épigastrique à la palpation.

RADIO. Image de réaction antrale.

GASTROSCOPIE le 2I janvier I939. On trouve seulement 3 ou 4 ulcérations très superficielles, très petites de I à 2 mm non saignante, non entourée de liseré inflammatoire. Deux de ces ulcérations siègent sur le sphincter de l'antre (l'une à I heure, sur le pilier postérieur haut particulièrement visible) deux autres dans l'antre lui-même, le reste de l'estomac est normal.

Obs. I29 - Deux ulcérations l'une sur le pilier antérieur l'autre sur la petite courbure verticale basse.

Mme M....., âgée de 43 ans, couturière, souffre depuis I5 jours de crampes épigastriques post-prandiales tardives accompagnées de vomissements alimentaires.

RADIO. Petite niche angulaire douteuse sur un cliché debout.

GASTROSCOPIE le I février I95I. Gastrite diffuse, visibilité de vaisseaux sur la face antérieure oedème de la face postérieure. Deux petites exulcérations blanchâtres un peu plus grosses qu'une tête d'épingle, sur le pilier antérieur et la petite courbure verticale basse.

Obs. I30 - Erosion sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre, quelques autres sur la petite courbure antrale.

M. P....., âgé de 67 ans, concierge, souffre d'une douleur épigastrique récente, brève, violente, plutôt tardive.

RADIO. Aspect d'atrésie fibro-musculaire de l'antre.

GASTROSCOPIE le 7 février I942. Sur le sphincter de l'antre, sur le pilier antérieur à peu près en son milieu, existe une érosion superficielle de un demi cm de diamètre à bords irréguliers, à fond blanchâtre, sans rougeur autour. D'autres ulcérations de même type sont visibles sur la petite courbure antrale. On en voit deux ou trois de dimensions plus petites que la précédente. Il ne semble pas que ces lésions soient entourées d'une zone de rigidité. Le reste de l'estomac est normal.

Obs. I3I - Ulcérations gastritiques du sphincter de l'antre et de la face antérieure du corps de l'estomac.

M. S....., âgé de 60 ans, peintre, consulte le 20 décembre I953 pour douleurs épigastriques post-prandiales tardives apparues depuis trois semaines. Elles revêtent surtout le caractère de brûlures. Quelques douleurs peu intenses sont plus anciennes.

RADIO. Angle ouvert, arrondi et présentant trois petites niches. Petites irrégularités de la petite courbure verticale.

GASTROSCOPIE le 24 décembre I95[illegible]. Dr Housset. La muqueuse est pâle avec de très nombreux vaisseaux visibles et très nettement atrophique. Le sphincter de l'antre est épaissi et l'on note plus particulièrement sur le pilier antérieur, un oedème très prononcé avec de très nombreuses irrégularités et mamelons, une convergence de deux plis venant du corps de l'estomac, et l'existence en ce point de deux plages blanchâtres très légèrement déprimées, à bords peu nets, non saignantes. Le corps de l'estomac est le siège d'une gastrite mamelonnée très intense avec par endroits des mamelons qui prennent un aspect pseudo-polypoïde. Sur la face antérieure, deux ulcérations fissuraires recouvertes d'enduit pultacé sont observées. Dans la partie haute du corps, les plis sont énormes, hyperthophiques, la muqueuse est comme dans le reste de l'estomac très mamelonnée. A noter une fragilité de la muqueuse qui saigne au contact.

Obs. I32 - Erosion unique du sphincter de l'antre chez un malade anémique.

Une anémie à I.350.000 est trouvée chez M. L....., âgé de 64 ans, hospitalisé à Vaugirard. Melaena douteux.

RADIO. Petite niche encastrée de l'angle mais image d'organicité douteuse.

GASTROSCOPIE le I2 octobre I943. Sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre existe une érosion au niveau de laquelle la muqueuse est déformée. Il ne semble pas qu'il y ait de rigidité autour de cette zone. (Il est peu probable que cette lésion minime soit responsable de l'anémie).

ULCERATIONS GASTRITIQUES ANGULAIRES.

Obs. I33 - Erosions plates siégeant sur l'angle.

Malade âgé de 5I ans, employé des chemins de fer de l'Est ayant eu une hématémèse, sans aucun antécédent. Ethylisme modéré.

RADIO. Estomac normal.

GASTROSCOPIE le I7 décembre I938. Il existe une fragilité extrême de la muqueuse gastrique : la distension modérée, le contact du tube avec la paroi postérieure déterminent un suintement hémorragique très net et assez abondant, en particulier au niveau de la petite courbure sus-angulaire. Au niveau de l'angle gastrique, le suintement est marqué aussi. Dans ces régions existent deux ou trois petites érosions plates qui n'ont pas du tout le caractère de l'ulcus.

Obs. I34 - Ulcérations du corps de l'estomac, une ulcération angulaire superficielle plus importante.

Malade âgé de 45 ans, suivi depuis plusieurs années pour une gastrite ulcéreuse, dernière poussée il y a 9 mois. Amaigrissement important.

RADIO. Irrégularités de la petite courbure. Plis monstrueux de la grande courbure.

GASTROSCOPIE le 3 novembre I956. A partir de l'angle (inclus) et dans tous le corps de l'estomac, on note des aspects gastritiques très importants dans lesquels alternent l'hypertrophie des plis contrastant avec des plages d'atrophie (face antérieure basse) et un certain nombre de petites ulcérations dont une plus importante juste à l'angle; cette dernière ulcération est peu profonde, bordée d'une zone rouge, allongée de quelques mm de longueur. Région sous-cardiale non vue.

Obs. I35 - Trois ulcérations gastritiques angulaires. Zone érodée au collet d'une hernie hiatale.

Mme F....., âgée de 54 ans, est entrée dans le service du Pr. Poilleux, pour un melaena. La notion d'éthylisme avec un gros foie est retenue au premier plan.

Les EXAMENS RADIOLOGIQUES n'ont pas montré de varices oesophagiennes, mais des images douteuses au niveau de la petite courbure.

GASTROSCOPIE le 2I mars I957. Trois ulcérations gastritiques peu profondes, arrondies sont très nettement visibles sur l'angle. Ces ulcérations sont recouvertes d'un enduit blanchâtre. Dans le corps de l'estomac la muqueuse est également rouge. L'examen de la région sous-cardiale montre qu'il existe une hernie hiatale sûre endoscopiquement. Fait particulier cette hernie présente au niveau de son collet une zone érodée, "décapée" très probablement gastrique

Obs. I36 - Ulcération gastritique unique de l'angle.

Malade ayant eu une perforation d'ulcus de la petite courbure trois semaines avant l'examen. Traité par aspiration et antibiotiques sans intervention.

RADIO. Raideur de l'angle. Convergence de plis vers une image de niche mais nette répression des signes radiologiques par rapport à l'examen précédent.

GASTROSCOPIE le I2 décembre I957. La partie basse de l'estomac est rouge et présente une muqueuse épaissie, d'apparence très altérée. Les contractions sont fréquentes et intenses. Au niveau de l'angle on note une ulcération minime d'apparence plus gastritique qu'ulcéreuse, linéaire, étroite de un cm de long environ. Elle est recouverte d'un enduit blanc, pultacé, bien apparent et entouré d'un halo rouge très net. Dans le reste de l'estomac, on note une gastrite hypertrophique intense remontant jusqu'au dessous de la région cardiale.

Obs. I37 - Ulcération étoilée unique de l'angle.

M. A....., âgé de 50 ans, couvreur, souffre depuis 5 ans, de crampes post-prandiales tardives avec nausées et quelques vomissements. Le I4 et le I6 mai I953 melaena.

RADIO. Sur un cliché debout dégradé de l'angle retenant l'attention. Gros plis de la grande courbure. Bulbe irrégulier.

GASTROSCOPIE le 28 mai I953. Au niveau de l'angle il n'a pas été décelé d'ulcère, mais simplement une petite érosion étoilée de type gastritique. Cette érosion est unique et très minime. Dans le corps de l'estomac, gastrite modérée.

Obs. I38 - Ulcerations gastritiques angulaires et sus-angulaires.

Malade âgé de 49 ans, peintre venu consulter pour une anorexie, des nausées, des vomissements matinaux survenus depuis deux ou trois mois. Amaigrissement de 2 kg. Ethylisme.

RADIO. Petit spicule angulaire.

GASTROSCOPIE le 5 avril I955 (Dr. Housset). La partie basse de l'estomac est rouge et très oedémateuse. La muqueuse prend un aspect succulent. L'angle est également très oedémateux et on note à ce niveau une petitetache blanche, entourée d'une auréole rouge qui correspond certainement à une petite ulcération punctiforme. Une autre petite ulcération est trouvée à deux cm environ au-dessus de l'angle. Dans le corps de l'estomac une gastrite mamelonnée importante est observée sur la face postérieure avec une rougeur diffuse de la muqueuse ainsi qu'une accentuation des plis.

Obs. I39 - Cirrhose éthylique hypertrophique et hernie hiatale responsables d'une hématémèse. La gastroscopie trouve en outre des érosions gastritiques angulaires.

M. A....., âgé de 58 ans, serrurier, est adressé au Pr. Debray le I5 février I956 par son médecin pour une hématémèse de sang rouge associé a des débris alimentaires et suivie d'un melaena assez important, cet accident étant survenu le I3 janvier I956. Actuellement, tout est apparemment rentré dans l'ordre, aucun trouble digestif n'est retrouvé, l'appétit est normal. Malade fumeur et éthylique : consommation d'un litre et demi de vin par jour.

A l'examen clinique on note en effet une hépatomégalie portant surtout sur le lobe droit qui est un peu dur, une très légère circulation collatérale et d'autre part un léger tremblement. La tension artérielle est normale.

Sur les RADIOGRAPHIES du 25 janvier une ouverture de l'angle est observée avec une raideur très limitée à ce niveau et d'autre part une ouverture de l'antre cardial évoquant la possibilité d'une hernie hiatale.

La GASTROSCOPIE est faite le 28 avril I956 à l'hôpital Vaugirard par le Pr. Debray.
Examen facile et complet. Malade docile. Tolérance à l'air bonne. Kinésie normale. La partie basse a été vue, sauf la petite courbure immédiatement pré-pylorique. La muqueuse antrale dans l'ensemble est rouge et sur la face antérieure, on note une visibilité vasculaire très marquée. Au niveau de l'angle (sphincter de l'antre) la muqueuse est irrégulière et présente en plusieurs endroits de petites ulcérations gastritiques. Dans le corps de l'estomac rougeur marquée et diffuse de la muqueuse. Atrophie de la face antérieure avec visibilité vasculaire très marquée, à gros vaisseaux. Dans la région sous-cardiale on note l'aspect infundibulaire habituellement rencontré dans les hernies hiatales.

En conclusion : Examen facile. Gastrite érythémateuse et ulcéreuse. Gastrite atrophique de la face antérieure du corps. Hernie hiatale sûre.

Traitement prescrit : Extraits hépatiques, Vitamine C et B I2. Régime.

Obs. I40 - Plage de gastrite localisée à l'angle, six mois plus tard amélioration mais quelques ulcérations étoilées sont trouvées sur la face postérieure.

M. B....., âgé de 27 ans, souffre depuis I0 ans de douleurs épigastriques hautes rétro-xiphoïdiennes. Pendant les premières années ces douleurs étaient à type de brûlures post-prandiales précoces, apparaissant par périodes, calmées par les poudres, par les aliments. Depuis deux ans, les douleurs sont à type de crampes, toujours post-prandiales mais à présent tardives. La périodicité est moins nette. Le traitement anti-ulcéreux par Laroscorbine-Laristine intra-veineux n'a pas donné de résultat.

.../...

RADIO. Gros plis et sur quelques clichés une petite raideur de l'angle.

GASTROSCOPIE le 3 mai I955. Dr. Housset. Au niveau de l'angle, on note une plage rouge, irrégulière, avec dépôts de mucosités. Cette plage vraisemblablement gastritique paraît par endroits exulcérés. Gastrite oedémateuse et mamelonnée très importante du corps de l'estomac. Par ailleurs l'aspect de la muqueuse est normale.

BIOPSIE par aspiration à 50 cm des arcades dentaires : 3 fragments. Leur système glandulaire reste bien identifiable et la répartition des éléments apparaît normale. Les lésions siègent dans le chorion : en surface, c'est une infiltration oedémateuse, avec multiplication des plasmocytes, plus profondément, apparaît une réaction interstitielle assez riche en collagène comme on en voit dans certaines gastrites toxiques éthyliques. Il s'agit en somme d'une gastrite interstitielle subaigüe chronique avec ébauche de sclérose et d'atrophie de certains culs-de-sac glandulaires. (Pr. Laumonier).

Le malade est revu en juillet I955. Amélioration.

RADIO. Le 5 octobre I955. Sur certains clichés une petite image d'addition angulaire.

2ème GASTROSCOPIE. Dr Housset. le 2I octobre I955. Dans le corps de l'esstomac on retrouve au niveau de la face postérieure l'aspect mité de la muqueuse. Il existe de petites ulcérations en étoile tranchant sur un fond assez oedémateux. Amélioration par rapport à l'examen précédent mais persistance d'une gastrite mamelonnée, exulcérée de la face postérieure du corps de l'estomac.

Obs. 141 - Ulcération gastritique sur la petite courbure au-dessus du sphincter de l'antre.

Malade âgé de 62 ans, soigné en 1946 pour un ulcère de l'angle, souffrant de douleurs post-prandiales irrégulières.

RADIO. Petites irrégularités de la petite courbure angulaire sans rigidité, non superposables d'un cliché à l'autre.

GASTROSCOPIE le 15 mars 1947. Au-dessus du sphincter de l'antre sur la petite courbure existe une très minime ulcération à la limite de la visibilité de forme étoilée, de 2 mm de diamètre, très superficielle à fond blanc prolongée sur la face postérieure par un sillon arciforme. Pas d'autre ulcération décelable actuellement. Sphincter de l'antre un peu oedémateux et d'aspect anglé à la jonction de la voûte et du pilier antérieur. Le reste de l'estomac est rouge d'une manière diffuse surtout sur la face postérieure.

Conclusion : Gastrite ulcéreuse. Possibilité d'un ulcère presque complètement guéri.

Obs. 142 - Ulcération gastritique de la petite courbure sus-angulaire une autre de la face antérieure.

M. S....., âgé de 48 ans, chauffeur, souffre depuis trois mois de brûlures épigastriques, calmées par les alcalins. Antécédents semblables anciens d'un an. Amaigrissement de 10 kg.

RADIO. Irrégularités de la petite courbure verticale.

GASTROSCOPIE le 17 janvier 1948. Juste au niveau de l'angle on trouve une lésion de la petite courbure de 7 mm de long sur 2 ou 3 de large superficielle à fond blanc mat, à bords carminés sans oedème périsonnel, pas de rigidité. Sur la face antérieure en plein milieu existe une autre ulcération plus petite à fond blanc mat, à bords un peu surelevés. Pas d'autres ulcérations décelables.

Le 22 mai 1948. Le malade a reçu 20 injections d'auto-hémothérapie. Il a grossi de 4 kg. Ne souffre plus depuis la troisième injection.

GASTROSCOPIE. Estomac hypertonique assez intolérant à l'air. Sur la petite courbure sus-angulaire à l'endroit où se trouvait la petite ulcération on trouve simplement une tache blanche irrégulière verticale d'aspect fibrineux mais pas d'ulcération. L'ensemble de l'estomac est d'une rougeur non homogène. Il y a un très grand nombre de petites taches blanches sur les faces mais plus aucune ulcération.

Obs. 143 - Ulcération gastritique sur la petite courbure.

Mme L....., âgée de 58 ans, cravatière, est adressée par le Dr. Fabre le 26 juin 1954 pour un syndrome ulcéreux amélioré par le traitement médical.

.../...

RADIO. Image de niche de face.

GASTROSCOPIE. La muqueuse antrale est très rouge ainsi que le sphincter de l'antre sur lequel on note une petite ulcération gastritique linéaire (sur la petite courbure). Dans le corps de l'estomac muqueuse rouge amincie sur la face antérieure qui est sillonnée par un réseau vasculaire bien visible. Sur la petite courbure moyenne deux ou trois dépressions qui correspondent sans doute à une ulcération gastritique. Lac muqueux bilieux important. Aspect érythémateux de la région sous-cardiale avec léger saignement traumatique.

Obs. 144 - Ulcération gastritique unique siégeant sur la petite courbure.

Malade âgé de 42 ans, employé de la S.N.C.F., ayant eu une hématémèse le 30 juillet 1952 sans aucune douleur. Examen clinique négatif.

RADIO. Les clichés gastriques du 18 août 1952 et du 20 août après morphine montrent sur quelques clichés une petite niche de la petite courbure verticale suspecte d'ulcus. La partie distale du bulbe n'est pas très bien remplie. De nombreux clichés pratiqués en novembre 1952 montrent une minuscule niche de la petite courbure verticale sus-angulaire.

GASTROSCOPIE le 27 novembre 1952. La partie basse de l'estomac, pylore, antre, sphincter de l'antre, est très rouge avec de nombreux vaisseaux visibles. Dans le corps de l'estomac, il existe également une rougeur intense de la muqueuse et sur le versant antérieur de la petite courbure on observe une ulcération d'aspect gastritique peu profonde, arrondie de 4 à 5 mm de diamètre, les plis sont très importants surtout sur la face postérieure qui paraît très oedémateuse, mais il n'y a pas d'ulcération dans cette région. La région sous-cardiale est rouge et oedémateuse. On note sur la face postérieure un saignement probablement d'origine traumatique. Lac muqueux d'abondance normale.

Obs. 145 - Ulcération gastritique unique de la petite courbure sus-angulaire.

Mme C....., âgée de 62 ans, consulte pour des douleurs épigastriques sourdes, à type de pesanteur accompagnées fréquemment de nausées et de céphalées frontales mais il n'y a pas de vomissements.

RADIO. Irrégularités de la petite courbure angulaire et sus-angulaire. Réaction antrale.

GASTROSCOPIE. Dr. Housset. le 16 avril 1957. Au-dessus du sphincter de l'antre, sur le versant antérieur de la petite courbure se trouve une petite ulcération de 2 ou 3 mm de diamètre arrondie, bien régulière, et très probablement gastritique. Il ne s'agit pas d'un ulcère. Dans le corps de l'estomac, la muqueuse est mamelonnée sur la face postérieure sans autre anomalie décelable.

Obs. 146 - Troubles dyspeptiques discrets et amaigrissement léger. Gastrite mamelonnée et très discrètement ulcéreuse du corps de l'estomac.

M. T....., âgé de 48 ans, mouleur, est adressé par le Dr. Siguier au Pr. Debray le 10 mars 1953. Les troubles consistent essentiellement en une grande irrégularité de l'appétit et une chute de poids récente de 2 kg. La consommation de tabac et surtout celle de l'alcool sont notables. Appendicectomie en 1935.

L'examen clinique est négatif, il n'y a pas en particulier d'hépatomégalie.

LA GASTROSCOPIE est faite le 10 mars 1953 par le Pr. Debray. Passage de la sonde de Camus sous écran radiologique. Pas de spasme au cardia. On retire 10 cc de liquide un peu trouble, non bilieux. Passage du gastroscope facile. L'estomac est très allongé verticalement. Bonne tolérance à l'air. Pas de fragilité muqueuse. La partie basse de l'estomac présente, au niveau du plancher de l'antre, une rougeur anormale, sans ulcération décelable. Il faut noter que la petite courbure sous-angulaire et le pylore n'ont pu être vus du fait de la grande taille du malade. Sphincter de l'antre normal. Dans le corps de l'estomac existe une très importante gastrite mamelonnée qui siège sur toute la face postérieure jusqu'au cardia. Cette gastrite est faite de deux mamelons assez volumineux, espacés, séparés les uns des autres et présentant un grand nombre d'exsudats pultacés. Pas d'ulcération décelable sur cette face. Pas de saignement. Sur la petite courbure du corps, la muqueuse paraît amincie avec des alternances de zones rouges et pâles. On voit deux ou trois petites ulcérations très superficielles très minimes (exulcérations de 1 mm de diamètre environ). La face antérieure du corps est normale et ne présente pas de dilatation ni de visibilité veineuse. Région du cardia normale, mise à part la gastrite mamelonnée de la face postérieure qui remonte jusque là.

Conclusion : Gastrite mamelonnée de toute la face postérieure assez intense, avec nombreux exsudats pultacés. Gastrite légèrement atrophique avec petites ulcérations de la petite courbure du corps. Gastrite érythémateuse de l'antre. Pylore et petite courbure sous-angulaire non vus.

Obs. 147 - Syndrome ulcéreux correspondant à un ulcus bulbaire probable- Quelques minimes érosions punctiforme sur la petite courbure sus angulaire sont trouvées à la gastroscopie.

Mme D....., âgée de 49 ans, vendeuse, consulte le 22 octobre 1953. L'interrogatoire retrouve d'emblée un syndrome douloureux périodique net fait de périodes longues de deux à trois mois qui sont survenues en 1942, 1948 à plusieurs reprises, en janvier 1953, enfin en juillet 1953. Entre temps, un traumatisme crânien important survenu en 1943 comportant une fracture du crâne doit être mentionné.

.../...

Pendant les périodes douloureuses, elle souffre d'une sensation de torsion épigastrique intense résistant à l'ingestion d'aliments et à la prise de médicaments divers, soulagée seulement par les vomissements qui surviennent au décours de la crise. Celle-ci survient quotidiennement de façon régulière vers 5 heures ou 5 H 30 de l'après-midi.

La dernière période a duré 3 mois, en dehors des périodes tout redevient normal. On enregistre une perte de poids de 4 kg en 3 mois allant de pair avec une diminution de l'appétit. La menstruation est également troublée en période douloureuse avec, soit diminution des règles, soit, comme la dernière fois, suppression. L'influence du surmenage est possible dans le déclenchement des troubles.

Une numération faite en août 1953 est normale de même que les taux de l'urée et du cholestérol.

L'examen RADIOLOGIQUE du 15 octobre 53 permet de voir des images gastritiques de la petite courbure verticale, et un aspect granité de l'antre, d'autre part une tache médio bulbaire qui est conjointement à la clinique en faveur d'un ulcus bulbaire; néanmoins sur des clichés plus anciens en 1948, le bulbe paraît normal.

Devant la discordance entre la richesse fonctionnelle et la pauvreté de la seméiologid radiologique la GASTROSCOPIE est faite.
Après aspiration par la sonde de Camus de 5 cm3 environ de liquide grisâtre non sanglant, introduction du Gastroscope, qui est aisée. La partie basse de l'estomac est normale, avec de belles contractions. Le pylore ne présente pas d'anomalies. Sur le sphincter de l'antre et dans le corps, existe une gastrite d'ailleurs peu intense, marquée par une rougeur diffuse de la muqueuse et par quelques minimes érosions qui se trouvent sur la petite courbure sus-angulaire. Ces érosions sont presque punctiformes. Elles ne saignent pas.

Dans la partie haute de l'estomac, petit suintement hémorragique, mais certainement d'origine traumatique. La muqueuse gastrique est un peu fragile, car dans l'antre on a noté, à l'endroit où avait butté la sonde de Camus, quelques pétéchies inhabituelles. La tolérance à l'air est normale.

Conclusion : Gastrite érythémateuse et ulcéreuse légère de la région sus-sphinctérienne et du corps de l'estomac.

Une BIOPSIE a été pratiquée à la moyenne du corps, sur la face postérieure probablement : 2 fragments. Les fragments sont coupés tangentiellement au niveau du collet des glandes. On peut cependant localiser l'un deux, car un petit lambeau plus profond, de type fundique, y reste attaché. La structure histologique est normale, aussi bien au niveau des glandes que dans le chorion.

Obs. 148 - Reprise d'un syndrome fonctionnel ulcéreux ancien aspect radiologique en faveur d'un ulcère angulaire. En fait d'érosion gastritique trouvée seulement à ce niveau, avec quelques autres érosions au-dessus et au-dessous sur la petite courbure.

M. K....., âgé de 62 ans, commerçant, consulte M. le Pr. Debray le 24 Octobre 1954 pour des crises douloureuses épigastriques de type ulcéreux, à type de crampes calmées par les aliments et les poudres alcalines. Depuis quelques jours souffre vers 7 heures. Aux douleurs s'adjoignent quelques nausées sans vomissements. Le poids n'est pas modifié.

Ces douleurs évoluent par périodes de façon ancienne depuis 4 ou 5 ans et la notion d'un ulcère bulbaire remonterait à 20 ans.

Deux antécédents péritent d'être signalés : une fièvre typhoïde il y a 25 ans et l'ablation d'un polype vésical plus récente.

Sur des RADIOGRAPHIES prises le 11 janvier 1951 on discerne un spicule angulaire, une réaction antrale avec achalasie, enfin un bulbe duodénal irrégulier sans certitude d'ulcère. Sur une nouvelle série de clichés du 10 février 1952 l'aspect est semblable, il existe en outre une invagination duodénale. Enfin sur les derniers clichés du 21 mai 1954 j'observe une multiplication des petites images en spicule sur la petite courbure moyenne qui s'étale. Une petite raideur non constante de l'angle peut être d'autre part discernée avec une petite niche le tout donnant l'impression d'un ulcus de l'angle.

La GASTROSCOPIE est faite le 25 octobre 1954 par M. le Pr. Debray. Après soustraction de 3 ou 4 cm3 de liquide assez épais, trouble, non sanglant, non bilieux par la sonde de Camus. Passage du gastroscope facile. Tout l'estomac présente une muqueuse oedémateuse et irrégulière, en particulier dans l'antre et sur la face postérieure. Dans l'antre, les contractions sont fortes, profondes. La muqueuse a une couleur irrégulière, rubéoliforme. Au moment du passage des contractions, la muqueuse se plisse de manière irrégulière, rendant compte des images radiologiques. Il existe des exudats pultacés sur la face postérieure. Sur la petite courbure et la face antérieure antrale, à la partie moyenne, existence de deux petites dépressions avec une zone blanche dans le fond, dépressions correspondant certainement à de minimes ulcérations. Il est possible qu'il y en ait d'autres qui soient passées inaperçues gastroscopiquement. Sur l'angle, là où se trouve la niche radiologique, on note l'existence d'une muqueuse irrégulière, chagrinée sur 1 ou 2 cm de diamètre et, au centre de cette zone gastritique, une minuscule érosion avec une petite tache blanche. Il ne s'agit pas, tout au moins macroscopiquement d'un ulcère mais d'une érosion du type gastritique. Un peu en avant de cette zone on note une érosion en coup d'ongle, parallèle à l'axe de l'estomac, située exactement sur la voûte du sphincter antral.

.../...

Dans le corps, existent de gros plis et, sur la face postérieure, une gastrite mamelonnée importante. Il n'y a pas de vaisseaux visibles. Exsudats pultacés abondants. Peut être exulcérations dans les sillons de la gastrite mamelonnée, mais ce n'est pas certain. Dans la région du cardia existe un rétrécissement assez large, surmonté d'une petite poche grosse comme une noix ou un petit aphte. A ce niveau la muqueuse a gardé la couleur rouge orange de la muqueuse gastrique. Il semble donc qu'il y ait là une hernie hiatale par glissement mais il serait bon de vérifier ce fait par une étude radiologique spéciale.

Conclusion : Gastrite oedémateuse et érythémateuse diffuse de la muqueuse gastrique, avec présence de quelques érosions gastritiques. Prédominance de ces phénomènes dans l'antre et sur la face postérieure. Probabilité de hernie hiatale. Pas d'ulcère gastroscopiquement décelable.

Obs. 149 - Syndrome fonctionnel ulcéreux atypique.
Images radiologiques antérieures caractéristiques de gastrite ulcéreuse. Persistance d'une érosion sous cardiale au moment où la gastroscopie est faite.

M. D....., âgé de 26 ans, exerçant le métier de décorateur, consulte M. le Pr. Debray le 18 février 1957.

Un fait important domine ici les antécédents : l'existence d'épisodes fréquemment répétés de sinusite et de rhinite, chacun des accès atteignent la durée d'un mois environ.

Il s'agit en outre d'un tachyphage chez lequel l'interrogatoire retrouve une gêne épigastrique ancienne.

Depuis le mois de juillet 1956 sont survenus des troubles plus intenses marqués par une crampe épigastrique préprandiale calmée par les aliments. Les douleurs, susceptibles de variations notables d'intensité et ressenties à des heures inhabituelles, affectent néanmoins une régularité suffisante et surtout une périodicité d'ensemble assez nette pour qu'on puisse les considérer comme .. type ulcéreux.

Le malade a cessé spontanément depuis la survenue de ces douleurs, l'usage du tabac, de l'alcool et du café. Toute infraction à ce régime est d'ailleurs mal supportée.

Le sommeil est troublé. Le poids se maintient de façon égale à 70 kg.

Quelques troubles coliques avec météorisme, émissions biquotidiennes de selles liquides ont bénéficié d'un traitement récent par l'iodochloroxyquinoléine.

Une numération et une formule sanguine de novembre 1956 sont normales.

Les EXAMENS RADIOLOGIQUES de l'estomac qui ont été faits avant la gastroscopie, au nombre de trois, permettent d'observer de petites irrégularités de la petite courbure verticale, remarquablement évocatrices de gastrite ulcéreuse, faites de minuscules niches triangulaires prenant leur base de long de la petite courbure, pointues, au nombre de quatre, étagées en hauteur et assez régulièrement espacées.

Ces signes, très nets en août 1956 sont atténués sur la dernière série de janvier 1957 prise par le Dr Decamuet.

La GASTROSCOPIE est faite le 12 février 1957 par M. Debray.

Après un passage oesophagien facile le gastroscope déclenche à son entrée dans l'estomac quelques nausées. La partie basse de l'organe apparaît alors normale et le siège de contractions correctes. On remarque la présence d'assez nombreux dépôts pultacés. Le sphincter de l'antre est également normal. Dans la moitié supérieure du corps en revanche il faut noter de très gros plis cérébroïdes sur la face postérieure, plis qui sont presque au contact de l'objectif apparaissant dans celui-ci rouges, boursouflés mais ni ulcérés, ni bourgeonnants, ni saignants.

.../...

Dans la région immédiatement sous cardiale les plis sont oedématiés et sur l'un d'entre eux de la face antérieure on remarque une petite érosion superficielle, la seule qui ait été vue. Il n'a pas été décelé endoscopiquement de hernie hiatale. La zone aveugle du bas oesophage est très longue.

En conclusion, il n'y a pas d'ulcère visible mais une gastrite de la partie haute avec oedème, hypersécrétion de mucus et minime érosion.

Trois BIOPSIES à l'aveugle donnent les résultats suivants :
2 fragments prélevés appartiennent au fundus. Leurs tubes glanduaires sont faits de cellules principales et bordantes intactes. Le chorion est oedémateux mais sans infiltrats inflammatoires.

Le 3ème fragment a été prélevé juste à la limite gastro-oesophagienne. Le versant malpighien est normal, tandis que la muqueuse cardiale subit une importante sclérose, centrée par un ilot de lymphocytes.

Il existe donc une inflammation subaiguë du cardia sans altérations épithéliales, sans prolifération tumorale dans les coupes examinées.

(Pr. Launonier)

L'aspect très atténué des anomalies radiologiques de la petite courbure avant la gastroscopie laisse penser que si celle-ci avait été faite un semestre plus tôt elle eut mis en évidence une gastrite ulcéreuse beaucoup franche, l'aspect radiologique étant à ce moment des plus nets.

Néanmoins les signes fonctionnels, eux, persistaient encore; ils ont cédé pendant 3 mois au traitement prescrit qui comprenait des spasmolytiques, des pansements gastriques, de la vitamine C jointe au sulfate d'atropine, et enfin du collargol.

Une rechute survint 3 mois plus tard les douleurs devenant très violentes. En juillet 1957 un traitement comprenant de l'hydrocortisone, des injections de gamma globulines, des poudres alcalines, est repris. Ce dernier aura un effet favorable mais non définitif. Il devra être repris en juillet 1958 le malade accusant toujours des douleurs le matin au lever et avant le déjeuner, néanmoins l'état général est satisfaisant et le poids s'est élevé de 5 kg se situant à 75 kg; quelques troubles coliques sont réapparus.

Il faut noter un pouvoir histaminopexique du sérum nul. Une éosinophilie sanguine un peu élevée, la mise en évidence à un dernier examen radiologique d'une petite hernie hiatale qui avait échappé jusqu'alors, de même qu'un rétrécissement du duodénum post bulbaire s'étendant sur les deux premiers tiers du second duodénum attirant l'attention sur le pancréas d'autant plus qu'une amylasémie se révèle à la limite de la normale.

Dans l'ensemble, il s'agit donc d'un malade complexe, mais l'existence d'un gastrite ulcéreuse qui n'a pu être explorée à son acmé demeure certaine, cette gastrite n'en est pas moins intéressante en raison de sa ténacité, de son expression fonctionnelle et radiologique, de la concomitance enfin d'épisodes infectieux des voies aériennes supérieures.

Obs. I50 - Troubles dyseptiques sans douleur vraie, anorexie asthénie amaigrissement le tout aboutissant à un syndrome clinique pseudo-cancéreux. Gastrite ulcéreuse du corps à prédominance sous-cardiale.

M. M...., âgé de 36 ans, mécanographe est adressé au Pr. Debray en novembre I956 pour des troubles dyspeptiques tenaces, une anorexie, une asthénie et un amaigrissement de I0 kg, le poids étant passé de 70 à 60 kg. La numération et la formule sanguine sont normales de même que la vitesse de sédimentation. L'examen clinique ne recueille que peu de renseignements si ce n'est l'existence d'une petite adénopathie axillaire. Aucune nuance fonctionnelle importante à signaler, l'anorexie a son maximum pour les viandes, il y a quelques éructations non fétides, calmées par les alcalins.

Sur les RADIOGRAPHIES GASTRIQUES on observe en avril I956 de gros plis du corps et un aspect tigré de l'antre, en septembre I956 un aspect franchement gastritique qui s'accentue encore sur les clichés d'octobre.

La GASTROSCOPIE est faite le I9 novembre I956 par le Pr. Debray. Anesthésie longue, nausées importantes. Hypersécrétion salivaire. La sonde de Camus marque un temps d'arrêt au cardia. Elle descend dans le bas-fond. On retire 50 cc de liquide grisâtre, muqueux, très épais. Injection de silicones par sonde. Passage du gastroscope facile. Tolérance à l'air faible. La partie basse de l'estomac est à peu près normale. Il faut noter seulement que la muqueuse est rouge violacée. On ne trouve pas dans l'antre des saillies pouvant correspondre aux images tigrées vues sur la première série de radiographies d'avril I956. Tout le corps de l'estomac présente une gastrite intense. Cette gastrite se marque par une rougeur vineuse diffuse. D'autre part, les plis sont très volumineux, d'autant plus volumineux qu'on se rapproche du cardia. Ces plis sont très saillants, aussi bien sur la face antérieure que sur la face postérieure, portant çà et là des dépôts muqueux épais, blanchâtres avec des érpsions sous-jacentes. En certains points, sur la petite courbure, en particulier, existent quelques saillies arrondies, portant à leur sommet les mêmes érosions. Dans le sous-cardia, les plis sont très épais, turgescents, surtout sur la petite courbure et la face antérieure. Sur un de ces plis existe une érosion de 0,5 cm superficielle, non saignante, recouverte d'une fausse membrane. Les bords n'en sont pas bourgeonnants. Notons encore un saignement sur la face postérieure haute, mais ce saignement est traumatique (contact du gastroscope ou de la sonde). Il existe de même un peu de sang dans le bas-fond. Il n'y a pas de hernie hiatale gastroscopiquement décelable. L'oesophage paraît endoscopiquement normal.

Conclusion : Gastrite hypertrophique, érosive, hypersécrétante de tout le corps de l'estomac, mais surtout de la région sous-cardiale. Une érosion plus importante dans le sous-cardia, sur la petite courbure. Pas de signes gastroscopiques de malignité.

Le traitement habituel est prescrit.

Obs. I5I - Brûlures épigastriques régulières. Aspect radiologique de gastrite hypertrophique. Ulcérations gastritiques sous-cardiale peu nombreuses visibles en gastroscopie.

M. M....., âgé de 57 ans, employé de bureau, est adressé au Pr. Debray le I8 novembre I957. Vers le I0 Octobre I957 donc un peu plus d'un mois avant la consultation survient, alors qu'il n'avait jamais jusqu'à cette date souffert de l'estomac, une douleur épigastrique quotidienne se produisant à 9 heures du matin, 2 heures de l'après-midi, 8 heures et demi du soir, sensiblement I heure après les repas. Ce sont des brûlures épigastriques remontant un peu en arrière du sternum, mais ne s'accompagnant pas des signes habituels de hernie hiatale, ni le signe de l'antéflexion, ni de la douleur du vin pur, ni les quintes de toux nocturnes ne sont retrouvées. Il existe quelques régurgitations sans nausées, ni vomissements. L'appétit est faible, la période post-prandiale pénible, le transit intestinal normal. Chute de poids non chiffrée, fatigue. Il s'agit d'un fumeur notable.

L'examen clinique de l'abdomen est négatif hormis une légère défense épigastrique.

A l'EXAMEN RADIOLOGIQUE, on note un aspect très intense de gastrite très net en particulier sur la petite courbure verticale qui est cotonneuse et irrégulière mais il n'y a pas de niche individualisable.

La GASTROSCOPIE est faite le 23 novembre I957 par le Pr. Debray. Passage de la sonde de Camus facile. On retire 20 cc environ d'un liquide très fortement bilieux, verdâtre. Injection de silicones. Passage du gastroscope facile. L'estomac est sale et l'objectif est souillé pendant quelques instants, jusqu'à ce qu'on l'essuie sur la face postérieure. La partie basse de l'estomac est normale. L'antre est petit. Le pylore n'a pu être vu. Le sphincter de l'antre est normal et souple au palper. Dans le corps de l'estomac, existe une gastrite intense, surtout marquée dans la moitié supérieure de l'organe. Cette gastrite est fortement mamelonnée surla face postérieure où les mamelons sont très serrés. Sur la face antérieure, la muqueuse est rouge, présentant par places un aspect atrophique avec visibilité des vaisseaux. Sur la petite courbure, un peu au-dessous du cardia, existent 2 ou 3 petites ulcérations superficielles, à type gastritique, n'ayant pas les caractères d'un ulcère de Cruveilhier. Le cardia est normal, il est souple, avec une muqueuse un peu épaisse (gastrite sous-cardiale), la faux antérieure est bien marquée. En amont d'elle se trouve la zone aveugle, qui a 2 cm de haut. Un peu au-dessus on trouve la muqueuse oesophagienne, pâle, parsemée de petits vaisseaux, formant réseau. La vascularisation de l'oesophage paraît un peu plus marquée que normalement, sur toute sa hauteur.

Conclusion : Gastrite mamelonnée, congestive et ulcéreuse du corps de l'estomac, surtout sur la moitié supérieure.

Traitement par la vitamine C associée à l'atropine, la prométhazine et les pansements habituels.

Le malade est venu le 6 janvier 1958. Il a repris 1,5 kg pesant 55 kg pour 1m 71. Les douleurs sont disparues depuis la 2ème semaine de décembre. L'état général est meilleur.

Le pouvoir histaminopexique du sérum est de 10 %. Le traitement est continué avec la poudre alcalino-bismuthée, la réglisse, la prométhazine et des injections de gamma globulines.

Le 3 mai 1958, il ne souffre pas, se nourrit plus facilement, néanmoins l'aspect radiologique n'est pas modifié au dernier examen du 26 mars un traitement à base d'extrait de foie et de vitaminothérapie est adjoint au traitement antigastritique.

Obs. I52 - Manifestations cliniques rappelant la sidéropénie. Gastrite érosive sous-cardiale visible à la gastroscopie.

Mme M...., âgée de 50 ans est adressée le 23 avril I953 au Pr. Debray. En I943 elle a déjà ressenti des brûlures de palais et de la langue alors qu'elle avait un appareil dentaire comportant du métal. Actuellement, elle se plaint de douleurs oesophagiennes depuis I an et demi à 2 ans environ, s'accompagnant de perception d'un goût de "cuivre", ces manifestations étant augmentées lorsqu'elle prend des oranges. Il n'y a pas de dysphagie à proprement parler. La salivation est normale. Il n'y a pas non plus de brûlures épigastriques, et jusqu'à une période toute récente l'appétit était conservé.

A l'examen clinique, on note une certaine pâleur et surtout un aspect pathologique des ongles qui sont cannelés.

La GASTROSCOPIE est faite le 22 avril I953 par le Pr. Debray. Passage de la sonde de Camus sous écran radiologique. Excentration de la bouche de Kilian. Traversée oesophagienne normale. Oesophage non rigide. Présence de 30 cc environ de liquide jaunâtre, légèrement bilieux, avec quelques exsudats pultacés. Passage du gastroscope facile. Estomac de très grande dimension. Pas de fragilité muqueuse, tolérance à l'air normale. L'antre est de petites dimensions, akinétique au début de l'examen, mais présentant ensuite de bonnes contractions normales. Sphincter de l'antre peu marqué. Tout l'estomac présente une rougeur non homogène, particulièrement marquée sur le plancher de l'antre et sur la petite courbure du corps. Par contre, d'autres zones, telle la face postérieure du corps, sont plutôt pâles. D'autre part, existent de nombreux exsudats pultacés, plus particulièrement sur la face postérieure. Il existe encore une certaine diminution des plis de la face postérieure. Enfin, dans la région sous-cardiale, les phénomènes gastritiques sont plus accusés, avec de l'oedème de la muqueuse et quelques minuscules érosions de I ou 2 mm de diamètre, de forme irrégulière, sans localisation particulière dans le sens transversal. L'oesophage a pu être examiné partiellement avec le gastroscope. Il présente dans sa moitié supérieure quelques taches blanches, non rigides, de I cm de diamètre, à bords irréguliers, taches brillantes, un peu comparables aux taches nacrées gastriques de la maladie de Biermer. Pas d'ulcération décelable à leur niveau, ni d'ailleurs dans d'autres régions de l'oesophage. Ces plaques sont souples. Enfin, il faut noter que de nombreux vaisseaux sillonnent l'oesophage sur toute la hauteur.

Conclusion : Gastrite érythémateuse diffuse, avec oedème et érosion de la partie supérieure de l'estomac. Ces phénomènes peuvent, dans une certaine mesure, expliquer les brûlures. Plages blanches, oesophagiennes, correspondant probablement à de petites atteintes atrophiques de la muqueuse.

La malade est revue le I0 juin I953. Le traitement l'a améliorée considérablement.

Obs. 153 - Importante ulcération superficielle gastritique de la face postérieure dans sa partie sous-cardiale.

M. B....., âgé de 45 ans, cantonnier est atteint d'une affection chronique des voies aériennes supérieures. Depuis le mois d'octobre 1954, crampes épigastriques plus marquées une demi heure après le repas. Le malade est revu en janvier 1955, douleurs vives avec exacerbation vers 21 heures. Continue de souffrir depuis janvier.

RADIO. le 29 janvier 1955. Réaction antrale et bulbe suspect d'ulcère. Une deuxième série le 22 juin 1955 montre un aspect irrégulier de la petite et de la grande courbure. Mêmes aspects bulbaires, avec hyperkinésie de l'antre.

GASTROSCOPIE le 5 juillet 1955. Dr. Housset. Tolérance à l'air faible. Estomac sensible. Il existe manifestement une gastrite diffuse portant surtout sur le corps de l'estomac. Les plis ne sont pas augmentés de volume, mais sont d'aspect non homogène. La couleur est irrégulière avec des taches plus rouges et des taches claires. Dans l'antre on ne note rien de particulier plutôt un aspect un peu blanchâtre. Le maximum des troubles se porte sur la face postérieure du corps et dans la région sous-cardiale, où l'on note également sur la face postérieure au moins une volumineuse ulcération à type gastritique avec bords festonnés de 4 cm de long environ, ovalaires. Cette région paraît particulièrement douloureuse au contact.

BIOPSIE faite sur la face postérieure à 55 cm : 3 fragments prélevés appartiennent au fundus. Le système glandulaire est intact avec une proportion apparemment un peu forte de cellules bordantes. Les modifications atteignent le tissu interstitiel qui est infiltré d'oedème et de plasmocytes en certains endroits et qui comporte quelques ilôts lymphoïdes au contact de la musculaire muqueuse. Il s'agit d'une gastrite interstitielle subaiguë (Pr. Laumonier).

Obs. 154 - Ulcération dans la région sous-cardiale.

M. D....., âgé de 42 ans, antécédents douteux d'ulcère du pylore en 1943.

RADIO. Irrégularités de la petite courbure sous-cardiale.

GASTROSCOPIE le 25 mars 1944. Estomac rouge dans son ensemble, avec plaques plus rouges sur la petite courbure verticale. Sphincter de l'antre rouge. Dans la région sous-cardiale sur la petite courbure près de la face postérieure existe une ulcération superficielle en bissac, horizontale, dont le fond est blanc jaunâtre. (Ce n'est pas un ulcère vrai). Antre non vu.

Obs. 155 - Erosion herpetiforme unique de siège sous-cardial.

M. F....., se plaint d'une dysphagie depuis un an portant surtout sur les solides (pain, viande) avec sensation d'arrêt rétro-sternal.

RADIO. Oesophage et estomac normaux.

GASTROSCOPIE le 24 avril 1937. Le passage du cardia se fait très facilement sans la moindre douleur. Sur la face antérieure immédiatement dans la région sous-cardiale on voit une petite érosion herpetiforme recouverte d'une fausse membrane blanche sans réaction inflammatoire de voisinage. Le reste de l'estomac est normal.

Obs. 156 - Quelques ulcérations gastritiques de la partie haute de l'estomac.

Mme H....., âgée de 71 ans, a eu récemment une hémorragie intestinale. Elle souffre de douleurs continues mais à prédominance post-prandiale précoce. Très améliorée par un traitement de collargol.

RADIO. Irrégularités de la partie haute de la petite courbure.

GASTROSCOPIE le 13 décembre 1941. Corps : Sur la partie haute de la petite courbure un peu sur la face postérieure se trouve une ulcération de 7 à 8 mm de diamètre, assez superficielle avec un bord un peu surelevé, régulier, rouge, avec quelques petits vaisseaux visibles, le fond est recouvert de salive. Il existe peut-être une autre ulcération plus petite à 2 cm exactement sur la petite courbure. Sur la grande courbure dans une vallée entre deux plis, présence d'un sillon étroit et rouge (fissure probable presque guérie). Enfin toute la partie haute de la petite courbure est franchement rouge. Lac muqueux formé d'un liquide épais grisâtre.

Obs. 157 - Ulcérations sous-cardiales.

M. R....., âgé de 46 ans, magasinier souffre de douleurs épigastriques.

GASTROSCOPIE le 17 mai 1938 Dr. Housset. Partie moyenne de la petite courbure et de la face postérieure, gastrite mamelonnée d'intensité modérée. Dans la région sous-cardiale, sur la face antérieure deux ou trois ulcérations superficielles.

Obs. 158 - Sialorrhée paroxystique post-prandiale. Deux ulcérations gastritiques allongées du corps de l'estomac à distance l'une de l'autre.

M.R..., âgé de 50 ans, industriel, est adressé au Pr. DEBRAY par le Pr. CHIRAY en novembre 1945. La symptomatologie fonctionnelle très particulière de ce malade doit être bien soulignée : il souffrait depuis un an d'une sialorrhée paroxystique de survenue d'ailleurs irrégulière, se produisant après les repas l'obligeant à cracher toutes les 10 minutes. Noter un antécédent lointain de faim douloureuse en 1939, mais actuellement ne souffre pas de la région épigastrique. Divers aliments dont le lait et la viande sont mal supportés. Aucun effet du staprolysat, de la laristine, ni du collargol.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE met en évidence des irrégularités de la petite courbure haute et moyenne qui ne sont pas constamment superposables. Des clichés pris en octobre par le Dr. LE CANUET confirment l'absence de niche ulcéreuse vraie.

La GASTROSCOPIE est faite en novembre 1945 par le Pr. DEBRAY. Estomac tolérant à l'air. Kinésie normale plutôt faible.

1°) Sur la face antérieure du corps presque à la jonction avec l'antre, sur un pli un peu oédémateux, existe une ulcération très superficielle, allongée dans le sens du pli, un peu irrégulière, de 3 à 4 cm de long avec un liseré carminé, à fond grisâtre, non saignante; muqueuse au voisinage sans caractères particuliers, une autre ulcération de même caractère sur la partie haute de la petite courbure. Pas d'autre ulcération décelable actuellement.

2°) L'estomac est rouge dans son ensemble, beaucoup plus que normalement surtout au niveau du corps. L'antre est normal.

3°) Plis épais, oedémateux sur la face postérieure et la petite courbure haute avec des dépressions assez profondes entre les plis ce sont ces dépressions qui correspondent probablement aux petites images d'addition radiologiques. Antre normal.

Traitement prescrit : histamine, antergan, bismuth, barbituriques.

.../...

Obs. 159 - Cinq ou six ulcérations superficielles semblables localisées sur la face antérieure du corps.

M. R..., agé de 64 ans, restaurateur est adressé au Pr. DEBRAY par le Dr. GUTMANN le 24 juin 1960. Il s'agit d'un diabétique suivant un régime depuis 10 ans et prenant un sulfamide hypoglycémiant, un demi comprimé le midi seulement, depuis deux mois. Il y a 10 ans, le malade a souffert de brûlures épigastriques hautes qui ont duré quelques mois, et ont disparu en supprimant le lait de l'alimentation. Un essai de prise de lait récent a de nouveau provoqué des brûlures. En janvier 1960, après la prise de 6g d'aspirine à raison d'un gramme par jour pour une affection saisonnière un melaena est survenu. Aucun accident hémorragique ne s'est reproduit depuis. Il se plaint actuellement de douleurs épigastriques irrégulières survenant vers deux heures de l'après-midi, durant une demi-heure, calmées par le repos. Quelques éructations, douleur à la prise de vin pur. Deux selles par jour en moyenne. La consommation de tabac, vin et alcools serait nulle. Le sommeil est conservé. Le poids qui était autrefois de 85 kg est descendu à 65 kg en une dizaine d'années et reste à ce niveau depuis plusieurs mois.

Sur les RADIOGRAPHIES gastriques prises le 21 juin 1960 ont peut observer des irrégularités échelonnées de la petite courbure verticale dans sa partie haute évoquant une gastrite ulcéreuse, d'autre part, un aspect oedémateux, inflammatoire du bulbe. Deux séries précédentes n'apportaient rien de plus, la première étant sensiblement normale, la deuxième montrant des aspects voisins de la dernière.

La GASTROSCOPIE est faite le 24 juin 1960 par le Pr. DEBRAY. L'anesthésie a été faite avec 1/2 cc de spasmalgine à la place du NARCENOL habituel en raison d'une sensibilité particulière du malade à l'éphédrine. Anesthésie faci e, bien que le malade ait des nausées surtout d'ordre psychique, la sonde de CAMUS descend facilement dans le bas-fond. Il n'y a pas de liquide dans l'estomac. L'injection d'air dans l'oesophage détermine un gonflement de la poche à air. Passage du gastroscope facile, bien que le malade fasse l'arc-de cercle. La partie basse de l'estomac est normale. Les contractions antrales sont faibles malgré la piqûre de morphine. Le sphincter de l'antre est bien dessiné. Dans le corps de l'estomac existe une gastrite ulcéreuse évidente marquée par 5 ou 6 ulcérations superficielles toutes semblables siègeant sur la face antérieure près de la petite courbure. Ce sont des ulcérations ayant deux ou trois mm de diamètre à fond blanc crémeux à bords réguliers sans liseré carminé de voisinage et sans inflammation particulière de la muqueuse voisine. Cette ulcération se trouve surtout dans la moitié supérieure de l'estomac. Sur la face postérieure il n'en a pas été décelé. La muqueuse de tout le corps est rouge avec quelques exsudats pultacés. C'est surtout la face antérieure qui a cet aspect érythémateux. La face postérieure l'est moins, par contre elle

.../...

parait plus oedémateuse avec des plis un peu volumineux. Il existe une minime hernie hiatale qui se marque par une petite poche visible d'ailleurs seulement en distension de l'estomac, développée surtout sur la face antérieure, située en amont du rétrécissement diaphragmatique. Cette poche a d'ailleurs des caractères plus oesophagiens que gastriques. Il n'y a aucun signe d'irritation à son niveau. La zone aveugle sus-jacente est normale.

Conclusion : Gastrite ulcéreuse du corps de l'estomac associée à une gastrite érythémateuse. Minime Hernie hiatale.

Un traitement anti-gastritique est prescrit. Il est noté que les troubles sont constatés peu de temps après le début d'un traitement par les sulfamides hypoglycémiants.

Obs. 160 - Ulcération gastritique isolée de la face antérieure du corps de l'estomac.

Mme. O..., agée de 46 ans, adressée le 28 avril 1951 par le Dr. GUTMANN a eu une hématémèse importante en décembre 1950.

RADIO : En décembre 1950 niche de face discutable.

GASTROSCOPIE Dans le corps sur la face postérieure il n'y a pas d'ulcère. On note seulement à peu près au milieu de cette face postèrieure, (à mi hauteur et à mi largeur) Une zone un peu déprimée avec quelques plis vaguement convergents (cicatrice d'ulcère). Sur la face antérieure basse du corps petite ulcération de deux à trois mm irrégulière superficielle du type gastritique, sans oedème des bords ni liseré carminé, sans convergence des plis. Toute la partie basse de l'estomac présente des signes de gastrite oedémateuse d'intensité modérée. La région sous-cardiale est sensiblement normale sauf visibilité capillaire nette.

.../...

Obs. 161 - Erosion sur la face antérieure du corps de l'estomac.

M. L..., agé de 38 ans, ajusteur, souffre de douleurs tardives calmées par les aliments survenant par périodes depuis plusieurs années.

RADIO. - Gros plis antraux, bulbe duodénal déformé.

GASTROSCOPIE le 30 juin 1951. - Estomac hypertonique, hyperkinétique intolérant à l'air, ne se détendant que peu à peu. La muqueuse antrale est un peu rouge, elle parait un peu épaisse et le pli de l'onde contractile est large. Dans le corps de l'estomac même aspect avec, sur la face antérieure immédiatement en amont du sphincter de l'antre, une petite érosion horizontale courbe à fond blanc.

Obs. 162 - Gastrite limitée à la face antérieure du corps de l'estomac et à la petite courbure, comportant deux ulcérations superficielles.

M. C..., agé de 57 ans, gérant de société, se plaint de douleurs épigastriques, et de brûlures fréquentes.

RADIO. - Irrégularités de la petite courbure verticale et de l'autre. Réaction antrale et bulbe duodénal irrégulier.

GASTROSCOPIE. - le 17 novembre 1951. Sur la face antérieure et la petite courbure plaque de gastrite d'une paume de main avec muqueuse rouge irrégulière, non saignantes et deux minimes ulcérations superficielles, opalines arrondies de 2 mm de diamètre, environ, peut-être y a-t-il sur la petite courbure une autre ulcération un peu plus grande. Assez grosse quantité de liquide bilieux.

.../...

Obs. 163 - Ulcération étoilée siègeant sur la face antérieure. Exemple de diagnostic difficile avec un ulcère en régression.

M. R..., agé de 52 ans, cressiculteur, souffre depuis trois ans d'un syndrome ulcéreux. Quelques vomissements. Amaigrissement de 2 à 3 kg.

RADIO. - Les clichés de mai 1949 montrent une niche de face en plein corps gastrique. Les clichés actuels montrent des irrégularités de la petite courbure sous-angulaire, mais aucune niche décelable à deux examens successifs faitstrès soigneusement.

GASTROSCOPIE le 13 octobre 1951. La partie inférieure de la face postérieure du corps près de la petite courbure présente un gros oedème de type inflammatoire. Il est possible qu'au centre de cet oedème étendu (4 à 5 cm) siège un ulcère resté invisible. Sur la face antérieure à peu près au niveau de l'oedème de la face postérieure petite ulcération étoilée à fond blanc avec un liseré rouge. Cette ulcération est très petite et a plutôt un aspect gastritique qu'ulcéreux. Il peut s'agir toutefois d'un ulcère en voie d'amélioration.

Obs. 164 - Gastrite ulcéreuse de la face antérieure du corps de l'estomac.

Mme. M..., agée de 60 ans, présente depuis plusieurs années des douleurs gastriques avec vomissements, sans périodicité nette, résistant au traitement anti-ulcéreux.

RADIO. - Spicules de la petite courbure.

GASTROSCOPIE le 21 février 1959. Gastrite ulcéreuse du corps siègeant plus particulièrement sur la face antérieure.

.../...

Obs. 165 - Gastrite ulcéreuse localisée à un pli de la face antérieure moyenne.

Malade agé de 60 ans, entré d'urgence dans le service du Dr. KLOTZ pour une hématémèse suivie de melaena. L'anémie est à 3.300.000gr. Cette hématémèse a été précédée pendant 2 jours de douleurs épigastriques assez vagues.

RADIOGRAPHIES gastriques normales.

GASTROSCOPIE : Examen complet. Estomac très allongé. La partie basse est très bien vue grâce à des contractions antrales normales et régulières. La muqueuse de l'antre et du sphincter de l'antre est normale. L'examen du corps gastrique met en évidence sur la face antérieure à la partie moyenne du corps un très gros pli qui s'efface légèrement sous l'insufflation forcée et portant à son sommet deux ou trois petites exulcérations. Par ailleurs gastrite érythémateuse assez importante diffuse à tout le corps gastrique.

L'examen de la région hiatale montre une petite hernie hiatale endoscopiquement certaine sans signe congestif à son niveau.

Conclusion : Gros pli de la face antérieure du corps gastrique à sa partie moyenne portant deux ou trois exulcérations : cette vision est celle d'une gastrite ulcéreuse localisée.

Obs. 166 - Erosion gastritique unique de la face postérieure du corps de l'estomac.

Mme. R..., agée de 61 ans, malgache, adressée au Pr. DEBRAY par le Dr. GUTMANN, le 7 novembre 1960 pour des lourdeurs épigastriques quotidiennes depuis 6 mois après les repas du midi et du soir sans nausées ni vomissements. Quelques brûlures épigastriques sont rares et légères. Les troubles sont calmés par le bicarbonate de soude, aggravés par la prise d'aspirine. Le sommeil est troublé. L'appétit est conservé, le transit intestinal normal. Le poids a fléchi de 8 Kgs.; a augmenté récemment de 1 Kg. se situant actuellement à 45 Kgs.

Sur les RADIOGRAPHIES prises à TANANARIVE le 17 Novembre 1959 on note de gros plis antraux, une invagination gastro-duodénale marquée et un bulbe duodénal normal.

Sur la dernière série du 9 Octobre 1960 énormes plis et aspect intensément gastritique portant surtout sur l'antre et le sphincter, sans perte de souplesse.

.../..

La GASTROSCOPIE est faite le 7 novembre 1960 par le Pr. DEBRAY. La sonde de CAMUS descend facilement dans le bas-fond. Il n'y a pas de liquide. L'insufflation derrière la clavicule gonfle nettement l'estomac. Injection de silicone par la sonde. On remplace la sonde de CAMUS par la sonde de biopsie aspiration-section. Passage du gastroscope relativement facile. En raison de la forme de l'estomac, l'antre n'a pu être vu que partiellement sur la grande courbure et sa face postérieure. La petite courbure et le pylore n'ont pu être vus. La partie visible de l'antre paraît normale. Le sphincter antral a une forme régulière bien arrondie, il n'est pas anglé, mais il est rouge, épais, surtout sur son pilier antérieur. Il n'y a aucune ulcération décelable dans cette région. Un liquide épais, muqueux sourd de l'ogive du sphincter de l'antre et va tomber dans le bas-fond (il s'agit probablement d'un liquide de reflux duodénal). Dans le corps de l'estomac, la muqueuse est rouge avec de gros plis surtout marqués sur la face postérieure, avec en une zône une petite érosion certainement gastritique. La région sous-cardiale est normale. Le cardia est large, sans véritable hernie hiatale. Pas de sang dans l'estomac, pas de formations bourgeonnantes, pas d'ulcère décelable.

Conclusion : antre vu seulement sur sa grande courbure et sa face postérieure. Sphincter de l'antre épais mais régulier, de type gastritique. Gastrite érythémateuse et discrètement ulcéreuse du corps.

Avant de retirer le gastroscope, on met la sonde à biopsie sur la face postérieure de l'estomac (il est impossible de la mettre dans la région du sphincter de l'antre qui n'est pas déclive), on retire alors le gastroscope et l'on fait trois prélèvements. Ces 3 larges fragments appartiennent à une muqueuse de type fundique. Le revêtement superficiel reste sensiblement régulier sans érosion. Les tubes glandulaires sont normalement disposés dans un chorion qui est partout très inflammatoire avec présence d'un grand nombre de polynucléaires neutrophiles. De place en place le chorion est en plus dissocié par une réaction oedémateuse et par une congestion vasculaire. La répartition des cellules bordantes et principales semble sensiblement conservée. Néanmoins il existe des aspects de desquamation intra-tubulaire portant essentiellement sur les cellules bordantes. Il n'y a aucun signe de prolifération maligne. Ce sont donc les caractères d'une intense gastrite interstitielle aiguë avec remaniements épithéliaux portant essentiellement sur les cellules bordantes.

... ...

Obs. 167 - Plaque de gastrite ulcéreuse limitée de la face postérieure du corps.

M. P..., agé de 54 ans, cafetier est adressé au Pr. DEBRAY le 17 octobre 1960. Un antécédent de troubles dyspeptiques sans douleur vraie, calmés par les poudres alcalines se situe en 1946. En juillet 1960, alors qu'aucune manifestation digestive ne s'était produite entre 1946 et 1960, apparition de douleurs favorisées par la prise d'aspirine pour une névralgie sciatique droite. En fait les douleurs épigastriques sont antérieures à cet épisode, datant de 6 mois, elles sont quotidiennes, se produisent vers 3 ou 4 heures de l'après midi, jamais dans la matinée, parfois la nuit vers minuit, elles sont calmées par les alcalins.

Elles sont atténuées depuis 1 mois, la période douloureuse ayant sévi à son maximum pendant 2 mois 1/2.

L'appétit est normal, aucun trouble dyspeptique n'est actuellement associé néamnoins il existe quelques éructations. Le poids qui se situe normalement à 59 kg est actuellement à 58 kg après avoir fléchi à 56 kg pour une taille de 1 m 60. Fumeur modéré, la consommation d'alcool totale n'est pas négligeable. L'examen clinique est négatif.

Sur les RADIOGRAPHIES GASTRIQUES du 8 juillet 1960 le bulbe, le pylore et l'antre paraissent normaux, mais sur un cliché debout avec compression apparait une niche de face près de la petite courbure, un peu au-dessus de l'angle. Sur une nouvelle série du 10 octobre 1960 la niche parait avoir disparu, mais la compression est moins bien réussie.

La GASTROSCOPIE est faite le 22 octobre 1960 par le Pr. DEBRAY. Passage de la sonde de CANUS facile. Pas d'arrêt au cardia. Descente dans le bas-fond. Pas de liquide dans l'estomac. Le passage du gastroscope est facile. On profite d'un hiatus situé sur les molaires supérieures gauches La partie basse de l'estomac est normale. Il en est de même du sphincter de l'antre. La face antérieure du corps ne présente rien de particulier. Sur la face postérieure, sur l'étendue d'une paume de main, existence d'une gastrite, avec une muqueuse irrégulière, non bourgeonnante, non saignante, présentant à peu près en son milieu, c'est-à-dire à peu près au milieu de la face postérieure, une érosion étoilée de 1 ou 2 cm de long sur quelques mm de large, avec un fond blanchâtre. Les bords de cette ulcération ne sont pas bourgeonnants, pas saillants. La lésion est très peu profonde. Peut-être y a-t-il d'autres ulcérations sur la plaque, mais ceci est difficile à affirmer, malgré l'utilisation de la poche gonflable.

.../...

Les limites de la gastrite sont peu nettes, la plaque se continue de façon insensible avec le reste de la muqueuse gastrique. La région sous cardiale est normale. Il en est de même du cardia et de la partie de muqueuse oesophagienne visible.

Conclusion : Au total, gastrite ulcéreuse de la face postérieure assez limitée, présentant une érosion en son centre.

Ce malade est à surveiller radiologiquement et éventuellement gastroscopiquement. Traitement prescrit, réglisse, bismuth, prométhazine et vitamine B 12.

Obs. 168 - Syndrome ulcéreux atypique avec examen radiologique négatif. Erosions sur la face postérieure du corps découvertes à la gastroscopie.

M. B..., agé de 2o ans, électricien est adressé au Pr. DEBRAY le 1 er décembre 1958. Depuis 5 ans il présente des périodes de douleurs de un mois avec des phases de calme incomplet de 6 mois. Les douleurs sont quotidiennes, demi-tardives survenant surtout l'après-midi et la nuit. Elles sont calmées par les gels d'alumine. Ce sont des douleurs épigastriques à irradiation sous-costales droites, et transfixiantes. Elles sont à type de crampes et parfois existent des brûlures oesophagiennes. Les signes de la flexion antérieure et du vin pur sont positifs. Il n'existe ni nausées, ni vomissements. L'appétit est normal, les selles normales également. Le malade a maigri d'un kg et demi, il se sent fatigué et se dit nerveux. Il fume un peu et ne consomme pas d'alcool. L'examen est négatif mise à part une douleur plexiale.

Un examen RADIOLOGIQUE fait le 23 octobre 1958 montre une ouverture de l'antre cardial, un spasme antral mais il n'y a pas de signes d'ulcère. Le bulbe est très légèrement irrégulier.

La GASTROSCOPIE est faite le 19 janvier 1959 par le Pr. DEBRAY. Soustraction de quelques CC de liquide bilieux par la sonde de CAMUS. Le passage du gastroscope est facile. La tolérance à l'air est normale. Il existe un spasme antral qui cède peu à peu. L'antre est presque normal, mise à part une discrète visibilité vasculaire. Les contractions sont normales. On note une invagination, normale, de la muqueuse duodénale dans l'estomac. Dans le corps de l'estomac, existe une gastrite pultacée et érythémateuse, avec un aspect irrégulier de la paroi. On note une érosion très nette sur la face postérieure moyenne de 4 ou 5 mm de long sur deux ou trois mm; ovalaire à grand axe horizontal, superficielle sans liseré, à fond blanchâtre. Il s'agit là d'une érosion gastritique. Il existe très probablement d'autres érosions punctiformes sur la face postérieure en particulier. Il faut noter que cette face n'a pas été parfaitement vue en raison de son contract avec l'objectif. Existence d'une érosion hémorragique sur la face postérieure haute d'origine traumatique (contact de la sonde de CAMUS). La muqueuse de la région du cardia a le même aspect. Elle est épaisse oedémateuse mais non ulcérée. La muqueuse gastrique se continue un peu au-dessus du rétrécissement diaphragmatique dans le conduit oesophagien. La muqueuse oesophagienne qui commence à 1 cm environ au-dessus du rétrécissement est normale. Elle présente une petite poche dont la muqueuse est franchement de type oesophagien. On trouve au-dessus, à 3 ou 4 cm la zone aveugle habituelle. Dans cette petite poche de muqueuse oesophagienne existe à certains moments, un pli horizontal fin se relâchant à certains moments et correspondant probablement à une contraction musculaire. Cette contraction parait se déplacer au cours de l'examen (ébauche d'ondulations péristaltiques). La muqueuse oesophagienne visible à travers le gastroscope parait normale.

Conclusion : gastrite érythémateuse pultacée et ulcéreuse du corps. Minime hernie hiatale.

Traitement prescrit : Vitamine C atropine, oxyferriscorbone sodique, poudre alcaline et antispasmodiques. .../...

Obs. 169 - Ulcération superficielle à bords polycyclique sur la face postérieure du corps de l'estomac chez une malade se plaignant de troubles dyspeptiques anciens et de vomissements parfois sanglants.

Mme B..., agée de 53 ans, sans profession est adressée au Pr. DEBRAY le 9 novembre 1954, pour des troubles dyspeptiques avec sensation de pesanteur post-prandiale surtout le soir rarement à midi et de vomissements, même de vomissements sanglants, en particulier d'un rejet ancien de 15 jours d'une cuillère à café de sang dilué au cours d'un vomissement. Pas de troubles importants au cours des deux dernières années, excepté quelques vomissements très espacés, mais un épisode ayant duré deux mois est retrouvé en 1951, semblable à l'épisode actuel. L'appétit est conservé le poids n'est pas modifié, le sommeil est troublé. Le transit intestinal est normal.

Sur les RADIOGRAPHIES GASTRIQUES l'attention est retenue par de fines irrégularités de la petite courbure antrale, l'une d'entre elle située vers l'angle plus marquée, constante, constue même une petite niche pointue.

La GASTROSCOPIE est faite le 12 novembre 1954. Passage de la Sonde de CALUS facile. on retire 5 cc de liquide très légèrement teinté de sang. Puis on passe sous écran la sonde à biopsie aspiration. Passage du gastroscope (gastroflex 1954) facile, malgré les craintes de la malade. Estomac de bréviligne, ayant une forme canaliculaire. L'antre est circulaire, avec de belles contractions. Il n'est pas rouge et ne présente pas de vaisseaux visibles. Sa couleur est, au contraire plutôt pâle. Le sphincter de l'antre est peu marqué, à bords épais (oedème). Sur la face postérieure du corps, au voisinage du pilier postérieur existe une ulcération superficielle, étalée de 5 ou 6 mm, à bords polycycliques, très légèrement saignante. Il n'y a pas d'autre ulcération décelable, mais il est possible que, sous le mucus abondant qui recouvre le corps, il en existe d'invisibles. Ce qui frappe en effet dans tout l'estomac, c'est un aspect blanchâtre de la paroi, avec une hypersécrétion de mucus importante. Il faut noter une fragilité de la muqueuse qui, au contact du tube et de la sonde à biopsie, saignote. La partie haute de l'estomac est normale. L'à pic sous cardial est normal. La tolérance à l'air est faible. Une biopsie à l'aveugle a été faite dans la partie basse, à 25 cm du cardia. On retire un fragment qui est confié au Pr. LAUBONIER.

Conclusion : Gastrite diffuse, hypersécrétante et érosive. Pas d'ulcère ni de néoformation décelable. Biopsie de la partie basse.

Ce lambeau de muqueuse antro-pylorique est le siège de lésions inflammatoires intenses. En surface, le chorion est congestionné, oedémateux et même légèrement hémorragique. Plus en profondeur, il est infiltré par des lymphocytes qui confluent en véritables ilôts, tandis que s'édifie une réaction fibroblastique jeune. Les glandes pyloriques subissent de ce fait un certain dégré d'atrophie. Cette image est donc très caractéristique d'une antrite interstitielle subaigue, avec tendance à l'hypotrophie de la muqueuse.

Traitement institué : Vitamine C et atropine.

.../...

Obs. 170 - Gastrite ulcéreuse très légère marquée par une érosion très superficielle de la face postérieure du corps découverte à l'occasion d'une petite hernie hiatale.

M. V..., agé de 45 ans, préparateur en pharmacie est adressé au Pr. DEBRAY le 4 juin 1955. A l'interrogatoire un antécédent de gastralgies vagues est retrouvé après l'age de 20 ans, auquel succède une longue période de 19 ans sans aucun trouble. En février 1954 apparition de douleurs épigastriques hautes quotidiennes vers 9 h du matin et 4 heures et demie de l'après midi. Elles respectent la nuit. Il s'agit surtout de brûlures, rarement de crampes, elles ont une irradiation ascendante retrosternale, sont calmées irrégulièrement par les alcalins. Il n'y a aucun autre signe propre à la hernie hiatale, pas de dysphagie, ni de nausées, ni de vomissements. L'appétit est normal, le transit intestinal également normal. Le poids a fléchi de 3 kg depuis un an actuellement de 63 kg pour 1 m 72.

A l'EXAMEN RADIOLOGIQUE du 6 mars 1954, sur un cliché pris debout une raideur de l'angle est notée, mais sur les autres clichés rien n'est observé. Sur d'autres clichés plus récents aspect gastritique des courbures.

La GASTROSCOPIE est faite le 11 juin 1955 par le Pr. DEBRAY. Elle est extrêmement facile. Le malade étant très docile. La tolérance à l'air est normale, la kinésie faible. Il n'y a pas de fragilité muqueuse. L'antre est large avec visibilité vasculaire légère sur le plancher (gastrite atrophique). Les contractions antrales sont faibles. Loin dans l'antre sur la petite courbure, existe une dépression en cul de poule qui n'est probablement que le pylore. Une réserve pourtant doit être faite pour une lésion, peu probable car le pylore parait strictement normal. Sur les clichés au niveau du corps les plis sont peu nombreux, il existe peut être un léger oedème de la face postérieure mais pas d'ulcère de l'angle. Noter surtout sur la face postérieure moyenne du corps une érosion de 3 ou 4 mm très superficielle, recouverte d'un enduit blanchâtre (érosion gastritique). La muqueuse autour est subnormale.

Enfin existence d'une petite hernie hiatale marquée par la continuation des plis de l'estomac dans le conduit sus-jacent en particulier sur la face antérieure. Existence d'une petite poche sus-cardiale en aval de la zoneaveugle habituelle.

Conclusion : Gastrite oedémateuse et ulcéreuse d'intensité très modérée. Quelques signes d'antrite atrophique. Ouverture de l'antre cardial.

Biopsie : Un fragment est prélevé exactement au-dessus du rétrécissement cardial sur la face antérieure dans une zone qui microscopiquement a les caractères d'une muqueuse gastrique. Probabilité de hernie hiatale.

.../...

A l'étude histologique, le fragment prélevé appartient en effet à une muqueuse gastrique de type nettement fundique, avec d'assez nombreuses cellules bordantes. Le chorion superficiel en est oedémateux tandis qu'un ilot lymphoïde apparait au contact de la musculaire muqueuse. (Pr. Ag. LAUMONIER).

Le traitement prescrit comporte de la Laristime, de la vitamine C, de la prométhazine et les pansements habituels.

Le malade est revu 15 jours plus tard, le résultat est excellent il ne souffre plus et il appris 2 kg.

Obs. 171 - Découverte endoscopique d'une gastrite érosive discrète du corps de l'estomac à l'occasion d'une hématémèse.

M. D..., agé de 58 ans commerçant, consulte M. le Pr. DEBRAY le 17 mars 1958 pour une hématémèse récente de sang rouge rutilant mêlé à des caillots abondants. L'accident s'est produit trois semaines plutôt; le nombre des globules rouges est abaissé à 2.900.000; la réparation de cette anémie a été aidée par 2 transfusions.

En dehors de cette hématémèse, les antécédents digestifs comportent en outre des crises de vomissements alimentaires ou bilieux et, deux épisodes assez nettement individualisés se dégagent à l'interrogatoire le premier ancien de un an et demi et le second plus récent en juillet 1957. Le second épisode a duré 15 jours.

Actuellement le malade se plaint de quelques brûlures épigastriques, durant une ou deux heures après les repas remontant dans l'oesophage.

Un amaigrissement important de 12 kg en un an et demi donc depuis la survenue des troubles digestifs doit être souligné. Le poids est tombé de 76 kg à 64 kg. Cet amaigrissement s'accompagne d'une asthénie variable. Le sommeil est conservé, il s'agit d'un fumeur, la consommation d'alcool est au total notable. Enfin récemment prise d'antalgiques non précisés pour une lombalgie. L'examen clinique est négatif en particulier la palpation de l'abdomer et le toucher Rectal.

Les EXAMENS RADIOLOGIQUES montrent en août 1957 une invagination gastro-duodénale marquée et une image d'empreinte sur la duodénum qui pourrait être d'origine pancréatique, en février 1958 un aspect gastrique du corps, un signe de l'éventail avec malposition cardio-tubérositaire mais pas de hernie hiatale, on note en outre un refoulement de la partie moyenne de l'estomac.

La GASTROSCOPIE le 18 mars 58 par M. DEBRAY est techniquement aisée après avoir aspiré 60 cm3 de liquide clair par la sonde de CAMUS. L'estomac est très long. L'antre est normal. Les contractions antrales sont correctes. La couleur de la muqueuse est normale. La petite courbure sous-angulaire et le pylore n'ont pu être vus. Dans le corps de l'estomac, sur la partie basse, existe une gastrite mamelonnée modérée de la face postérieure et une gastrite érosive (quelques érosions minuscules) dans le bas fond sur la grande courbure, où existent de gros plis. La partie haute du corps de l'estomac est normale.

Dans la région sous-cardiale on retrouve de gros plis sur les faces de l'estomac, avec, sur la face antérieure, une pétéchie probablement traumatique. L'aspect du cardia est infundibulaire. A la hauteur du rétrécissement diaphragmatique, existe un pli très mince, en faux, sur la face postérieure, haut de 2 ou 3 mm, visible seulement quand l'estomac est à demi gonflé, disparaissant dans la distension complète.

.../...

Au-dessus de ce pli la cavité est encore volumineuse, discrètement arrondie, avec de petits vaisseaux verticaux. Cette cavité a 3 ou 4 cm de haut. Puis on trouve la zone aveugle qui est longue et, en amont d'elle, l'oesophage normal. Il est difficile de dire si la cavité décrite ci-dessus est recouverte de muqueuse gastrique ou oesophagienne. Elle est tout cas normale. Elle est le témoin gastroscopique d'une hernie hiatale. La muqueuse de cette hernie ne parait pas actuellement enflammée.

En conclusion : Gastrite mamelonnée discrète de la face postérieure Gastrite érosive discrète du bas-fond. Hernie hiatale sans phénomènes inflammatoires gastroscopiquement décelables actuellement.

L'origine de l'hématémèse demeure donc obscure, il faut retenir la probalité de hernie hiatale et la prise d'antalgiques. En pratique le traitement anti-gastritique est conseillé : Vitamine C et atropine 20 injections, poudre alcalino-bismuthée, réglisse, sirop de Phénergan et gels d'alumine.

Obs. 172 - Ulcération de la face postérieure, une autre est probable sur le sphincter de l'antre.

M. R..., agé de 35 ans, se plaint d'une douleur épigastrique sans périodicité.

RADIO. - Estomac normal.

GASTROSCOPIE le 15 juillet 1944. Estomac rouge dans son ensemble, d'une rougeur homogène. Les plis paraissent un peu gonflés. Sur la face postérieure, en amont du pilier postérieur existe une exulcération de deux à trois mm, à bords irréguliers à fond blanc grisâtre, presque de niveau avec la muqueuse voisine. Pas de rougeur particulière autour de cette lésion. Une ulcération est probable au niveau du sphincter de l'antre, mais elle est trop loin de l'objectif pour qu'on puisse l'affirmer avec certitude.

.../...

Obs. 173 - Ulcération étoilée unique siègeant sur la face postérieure du corps de l'estomac. Nouvel exemple de diagnostic difficile avec un ulcère en régression.

M. M..., agé de 39 ans, tôlier, a souffert de brûlures épigastriques post-prandiales une demi-heure à une heure après les repas en juillet 1944 et en mars 1946. Actuellement il souffre de nouveau.

RADIO. - Quelques irrégularités de la petite courbure verticale mais non superposables d'un cliché à un autre. Spasmes antraux.

GASTROSCOPIE le 6 juin 1946. Sur la face postérieure un peu au-dessus de l'angle gastrique à deux ou trois cm de la petite courbure existe une ulcération étoilée de trois à quatre mm de diamètre, blanchâtre très superficielle non saignante, à bords non inflammatoire présentant trois prolongements en épine. Cette lésion n'a pas les caractères d'un ulcère banal. Il s'agit plutôt d'une ulcération gastritique, que d'un ulcère en voie de guérison. Il n'a pas été vu d'autres ulcérations dans l'estomac qui est par ailleurs normal. Tolérance à l'air assez faible.

Obs. 174 - Gastrite ulcéreuse limitée de la face postérieure du corps de l'estomac.

M. L..., agé de 46 ans, souffre d'une crampe épigastrique tardive, d'intensité variable.

RADIO. - Irrégularités de la petite courbure prépylorique.

GASTROSCOPIE le 24 avril 1948. Sur la face postérieure basse on découvre 4 ou 5 petites érosions marquées par une dépression remplie d'un exsudat blanchâtre sans rougeur de voisinage, sans oedème. De plus un certain nombre d'exsudats ou dépôts salivaires. La face antérieure haute est oedémateuse.

.../...

Obs. 175 - Trois ulcérations gastritiques sur une saillie située sur la face postérieure dans sa partie sus-angulaire.

M. G..., agé de 71 ans, concierge, a des antécédents d'ulcère de l'estomac. Survenue récente brûlures post-prandiales tardives.

RADIO. - Niche et enraidissement de l'angle, suspects d'ulcère.

GASTROSCOPIE le 30 Août 1947. La face postérieure fait une forte saillie avec un aspect oedémateux de la muqueuse. Sur cette saillie on voit trois ulcérations très superficielles, petites à fond blanc rosé, très difficiles à voir. Cette gastrite ulcéreuse ne s'accompagne d'aucune rougeur importante de la muqueuse. Etant donné la saillie de la face postérieure il n'est pas permis d'éliminer l'existence d'un ulcère de cette région.

Obs. 176 - Deux ulcérations gastritiques de la face postérieure du corps de l'estomac.

Mme. L..., agée de 70 ans se plaint de pesanteurs post-prandiales survenant depuis deux ans par périodes irrégulières. Amaigrissement de 8 kg depuis trois mois.

RADIO. - Irrégularités de la petite courbure verticale, petite rigidité de celle-ci et sur quelques clichés, aspect de spicules caractéristiques d'une gastrite ulcéreuse. Après morphine la rigidité disparait, ces images ne sont plus retrouvées et la petite courbure a un aspect normal.

GASTROSCOPIE le 1d novembre 1950. La région sus-angulaire présente des signes de gastrite nets. Fond oedémateux visibilité vasculaire (capillaires) disparition des plis. Sur la face postérieure ulcération petite de 2 mm indiscutable de fond blanc déprimée. Une autre petite érosion en aval (quelques mm de diamètre).

Obs. 177 - Ulcération gastritique unique au centre de la face postérieure.

M. A..., agé de 25 ans, cuisinier est envoyé par Dr. LIBAUDE le 28 juin, il souffre d'un syndrome ulcéreux.

RADIO : Sur un cliché niche de face douteuse.

GASTROSCOPIE. Dans le corps sur la face postérieure, gastrite mamelonnée et oedémateuse. Au centre de la face postérieure petite ulcération de 3 à 4 mm de diamètre à fond blanchâtre, à bords réguliers, sans oedème inflammatoire important.

Ulcération gastritique plutôt qu'un ulcère de la face postérieure.

.../...

Obs. 178 - Ulcération gastritique unique de la face postérieure du corps de l'estomac.

M. R..., GUY, agé de 27 ans est adressé par le Dr. SARRAZIN le 21 Avril 1959. Il s'agit d'un syndrome gastritique évoluant depuis de nombreuses années.

RADIO. Gros plis.

GASTROSCOPIE Dr. HOUSSET. Dans l'antre comme dans le corps de l'estomac on observe une gastrite mamelonnée et hypertropique très importante. Sur la face postérieure se trouve une petite ulcération gastritique de deux ou trois mm de diamètre cernée par un liseré rouge.

V ème GROUPE D'OBSERVATIONS.

EXEMPLES DES DIFFERENTS ASPECTS GASTROSCOPIQUES DES RAPPORTS ENTRE GASTRITE ULCEREUSE ET ULCERE DE L'ESTOMAC : SIMULTANEITE ET SUCCESSION.

Nous proposons successivement :

1°) Onze observations d'ulceres associés à une ou à un très petit nombre d'ulcérations gastritiques soit au voisinage soit à distance.

2°) Dix observations d'ulcères associés à une gastrite ulcéreuse proprement dite comportant donc un nombre minimum suffisamment élevé d'ulcérations - les deux types de lésions demeurant bien distincts à la gastroscopie.

3°) Treize observations de gastrites ulcéreuses comportant des éléments dont certains ont l'aspect gastroscopique d'ulcères de Cruveilhier ou paraissent intermédiaires entre l'ulcération gastritique et l'ulcère.

Ces observations ont un intérêt considérable. Ce sont les plus importantes de cette thèse. Si des observations semblables ont été déjà invoquées dans la littérature sur le plan anatomo-pathologique strict (Konjetzny, Thompson) nous soulignons ici la dualité endoscopique et anatomo-pathologique de quelques unes d'entre elles, qui permet d'atteindre une affirmation définitive. Elles retentissent sur celles qui précèdent et celles qui suivent en leur donnant tout leur sens.

4°) Cinq observations d'ulcère de l'estomac succédant à une gastrite ulcéreuse dans un temps allant de un mois à plusieurs années.

5°) Quatre observations de gastrites ulcéreuses succédant à des ulcères de l'estomac, une observation avec récidive de l'ulcère vérifiée par l'examen anatomo-pathologique.

OBSERVATIONS D'ULCERE ASSOCIE A UNE OU UN PETIT NOMBRE

D'ULCERATIONS GASTRITIQUES AU VOISINAGE OU A DISTANCE.

Obs. 179 - Ulcère de la petite courbure immédiatement sus-angulaire avec quelques érosions gastritiques associées.

M. A..., agé de 59 ans, travaillant à St Gobain, consulte le Pr. DEBRAY le 18 septembre 1954. En 1941 mise en évidence chez ce malade d'un ulcère de la petite courbure verticale, sus-angulaire typique très amélioré par le traitement médical. Nouvelles poussées en 1944, 45 et 46 puis les crises douloureuses disparaissent jusqu'en juillet 1953. A cette date rechute pour une nouvelle période de 7 Mois de douleurs survenant à 3 heures de l'après midi, calmées par alimentation. Sur un cliché de juillet 1953 on note une niche encastrée et seulement un enraidissement sur les autres clichés. Depuis le début du mois de septembre, reprise de douleurs vives à type de crampes survenant vers 4 heures de l'après midi calmées par l'alimentation et les poudres. L'appétit est diminué, l'état général médiocre avec asthénie marquée et une perte de poids de 3 ou 4 kg, le poids actuel étant de 47 kg. La numération et la formule sanguine sont normales.

Sur les RADIOGRAPHIES du 15 septembre 1954 la niche a disparu mais une raideur angulaire persiste nette sur le cliché pris debout, encore plus évidente sur les clichés en procubitus sur ces derniers l'antre parait en outre effilé en pain de sucre. Enfin existence de liquide de stase avec distension du bas fond.

La GASTROSCOPIE est faite le 21 septembre 1954 par le Pr. DEBRAY.

Soustraction préalable de 150 cm3 de liquide de stase, trouble mais non bilieux ni sanglant, contenant quelques débris alimentaires minimes, légèrement fétide. Lavage de l'estomac avec une centaine de cc d'eau, réaspirés par la sonde. Le passage du gastroflex est facile, l'estomac a été presque totalement vidé. Il existe sur la petite courbure verticale immédiatement au-dessus de l'angle, un ulcère typique de 5 mm de diamètre environ, ovalaire, à grand axe vertical, profond(3 ou 4 mm)avec un fond légèrement irrégulier, à bord à pic, à fond un peu verdâtre. Il existe une rougeur péri-ulcéreuse importante mais, relativement peu d'oedème. Il y a de raideur au palper abdominal de cette région. L'ulcère siège exactement sur la petite courbure verticale. L'antre a été vu correctement sauf la petite courbure horizontale qui est vue en fuite. Il existe une antrite qui est marquée par de la rougeur, une muqueuse irrégulière, des dépôts pultacés particulièrement sur la face postérieure et le plancher mais il n'y a pas d'érosion décelable ni de bourgeonnement ni d'induration. Le pylore n'a pas été vu avec certitude il n'y a pas de raideur décelable dans l'antre au palper abdominal. Dans le corps de l'estomac, sur la petite courbure à mi-hauteur existe une ulcération minime de 3 ou 4 mm de diamètre peu profonde, portée par un mamelon oedèmateux. Il s'agit probablement d'une ulcération gastritique et non pas d'un 2 ème ulcère. D'autre part, la muqueuse a dans le corps presque partout un aspect irrégulier avec rougeur en réseau, pas de sang dans le bas-fond. Sous cardia normal.

Conclusion : Ulcère de la petite courbure sus angulaire en pleine évolution. Pas de lésion antrale profonde gastroscopiquement décelable. Gastrite diffuse et antrite avec ulcération superficielle de la petite courbure moyenne.

.../...

Ce malade doit rester sous surveillance clinique, radiologique et probablement gastroscopique stricte.

Un traitement est prescrit de Vitamine C et atropine, de probanthine et de sirop de phénergan.

Le 7 novembre 1954 on enregistre une amélioration considérable puisque les douleurs ont disparu dans la 2ème semaine de traitement et que le poids est remonté de 6 kg. L'état général est parallèlement meilleur. Néanmoins un traitement s'avère nécessaire car les douleurs réapparaissent dès que celui-ci est négligé.

Une nouvelle GASTROSCOPIE est faite le 8 novembre 1954 par le Pr.DEBRAY On enlève à nouveau 150 cc de liquide par la sonde, légèrement teinté de bile sans débris alimentaires. Le passage du gastroscope est facile. On retrouve très facilement l'ulcère vu antérieurement. Il siège sur la petite courbure verticale, immédiatement au-dessus de l'angle et se présente sous l'aspect d'une ulcération, de 4 ou 5 mm de haut sur 2 mm de large. Cette ulcération est encore assez profonde, son fond est pseudo-membraneux, ses bords sont très légèrement inflammatoires. La lésion est entourée par une sorte de liseré carminé. Sur l'estomac complètement étendu, on voit qu'il existe un très léger oedème au voisinage de l'ulcère. Par rapport à l'examen antérieur, il y a eu très certainement une amélioration, mais amélioration incomplète car l'ulcère persiste et il a gardé dans la partie non cicatrisée une profondeur assez importante. Il n'a pas eu tendance à se mettre à plat, comme il est habituel pour les ulcères en voie de guérison. Dans l'antre, on retrouve les signes d'antrite atrophique avec rougeur et visibilité vasculaire qui ont été signalées à la première gastroscopie. Pas de raideur décelable. Le pylore n'a pas été vu avec certitude. Le tiers de l'estomac présente sur la petite courbure, et la face postérieure, trois petites érosions certainement non ulcéreuses, qui ont 2 mm de diamètre et sont un peu irrégulières et qui siègent sur une muqueuse rouge, et légèrement oedémateuse. L'une de ces érosions est presque de niveau avec la muqueuse, en voie de cicatrisation, les deux autres sont un peu plus profondes. Dans l'ensemble, l'estomac présente un certain érythème. Pas de liquide dans le bas-fond, tolérance à l'air normale. Sous cardia normal avec l'à pic habituel.

Conclusion : persistance de l'ulcère sus-angulaire de la petite courbure verticale qui a diminué de diamètre mais qui reste encore profond. Erosions gastritiques de la partie supérieure de l'estomac. Antrite légèrement atrophique.

Le 18 janvier 1955, après un traitement de lactoclase bien supporté, il a pris 9 kg. le poids actuel étant de 56 kg. Il persiste encore quelques troubles gastriques marqués par une douleur légère vers 2 heures. Sur les radiographies après morphine persistance de spicules de la petite courbure verticale avec un éperon correspondant à la place de l'ancien ulcus sur un cliché. La petite courbure moyenne est un peu irrégulière, le pylore est allongé et excentré. Le bulbe est normal. Le traitement est poursuivi avec poudre alcalino-bismuthée, phosphalugel, antrényl, phénergan.

..../...

Pas de nouvelle rechute depuis cette date, le malade ayant été revu en 1957 et 58 pour des troubles colitiques marqués par épisodes de diarrhées aigues sans image lésionnelle au lavement baryté seulement un aspect de colopathie fonctionnelle irritative et caecum recurvatum. Rectoscopie normale jusqu'à 20 cm.

Obs. 180 - Ulcération gastritique proche d'un ulcère de la petite courbure sus-angulaire.

Femme agée de 47 ans, ayant subi une cholécystectomie en 1952. Elle se plaignait de migraines. Celles-ci persistent et elle souffre aussi depuis quelques semaines, de douleurs épigastriques post-prandiales.

RADIO. - Niche carrée sur les clichés de trois quarts, juste au-dessus de l'angle de la petite courbure. Aspect de pli particulier au-dessous de la niche.

GASTROSCOPIE. Dr. HOUSSET. - Le 14 octobre 1958. On découvre effectivement sur la petite courbure verticale juste au-dessus de l'angle une ulcération typiquement ulcéreuse " en puits ", située dans une zone très oedémateuse. Le fond de l'ulcération est enduit d'un dépôt blanchâtre. Il n'y a pas de convergence des plis. La taille de l'ulcération est d'environ de I cm de diamètre. Au-dessous de cet ulcère on note un pli anormal au niveau duquel se trouve une ulcération minime ayant plus l'apparence d'une ulcération gastritique que d'un ulcère vrai. Cette ulcération n'est pas rigoureusement arrondie. Son fond est recouvert d'un enduit pultacé blanc, très léger. Le reste de l'estomac est normal.

Obs. 181 - Ulcère de la petite courbure sus-angulaire et ulcérations superficielles sur le sphincter antral.

M.B..., agé de 46 ans souffre de douleurs ulcéreuses.

RADIO. niches de la petite courbure moyenne.

GASTROSCOPIE le 14 décembre 1942. Ulcère de la petite courbure à 2 cm au-dessus de l'angle gastrique de 4 mm de diamètre et assez profond (I/2 cm environ) à fond blanchâtre avec quelques taches grisâtres. Les contours en sont réguliers, les bords rouges cerise, oedémateux nettement inflammatoires, il n'y a pas de convergence des plis. Exactement sur le sommet du sphincter de l'antre et immédiatement en aval sur la petite courbure antrale existent deux érosions de 2 ou 3 mm de diamètre superficielles reconnaissables uniquement par leur teinte blanchâtre. Le reste de l'antre est normal. Sur la petite courbure haute à 2 ou 3 cm au-dessus de l'ulcère principal existe peut-être une autre petite ulcération superficielle.

Le malade est revu le 23 janvier 1943. Les ulcérations ont disparu. L'ulcère persiste de mêmes dimensions.

Obs. 182 - Ulcère au sommet du pilier antérieur, ulcération gastritique à la base du même pilier.

Mme K..., agée de 56 ans, consulte en octobre 1953 pour des douleurs dorsales siégeant dans la région scapulaire gauche. Ethylisme avec tremblement et hépatomégalie.

RADIO. - Le 3 novembre 1953. Niche sus-angulaire profonde.

GASTROSCOPIE le 12 novembre 1953. La muqueuse antrale est un peu pâle avec quelques vaisseaux sur la face antérieure mais pas d'ulcération décelable. A la base du pilier antérieur du sphincter de l'antre exulcération recouverte d'un enduit blanchâtre. Au sommet du même pilier, en plein sur la petite courbure juste au-dessus de l'angle, ulcère typique profond de I cm de diamètre environ à fond blanc verdâtre. Pas de convergence des plis. Gastrite mamelonnée assez intense de la face postérieure du corps de l'estomac. Lac muqueux assez abondant, non sanglant.

Obs. 183 - Ulcère associé à deux érosions gastritiques. Nouvelle gastroscopie 5 ans plus tard, des lésions seulement minimes sont trouvées.

L. K..., agé de 60 ans, souffre depuis 1948 de douleurs journalières et de distension épigastrique vers 4 à 5 heures de l'après-midi, calmées par les poudres. Depuis 5 ou 6 mois il souffre aussi le matin. Parfois existe une diarrhée, il n'y a pas d'amaigrissement. L'évolution ne se fait pas par périodes.

RADIO. une série de clichés du 17 janvier 1951 ne montre rien. Une série faite le 30 janvier 1954 montre une niche en cupule de l'angle avec ulcus wall sus et sous-jacent. Réaction antrale très nette. Sur le canal pylorique petite niche correspondant peut-être à un deuxième ulcère. Le bulbe est normal. Sur la grande courbure, en position couchée, incisure importante.

GASTROSCOPIE le 18 février 1954. Pr. DEBRAY. Gastroscopie facile et complète. Il existe effectivement au niveau exactement de l'angle un tout petit peu au-dessus, un ulcère absolument typique de I cm de diamètre à fond blanc mat, à bords taillés à l'emporte-pièce, régulièrement arrondis avec un bourrelet inflammatoire de voisinage extrêmement net. Ce qu'il y a de particulier c'est l'existence sur le pilier antérieur à I cm I/2 environ de l'ulcère d'une deuxième ulcération qui a 7 à 8 mm de diamètre qui est très superficielle et qui a des bords un peu festonnés. Cette ulcération a un fond blanchâtre mais beaucoup moins que celui de l'ulcère de l'angle. Il s'agit certainement d'une érosion et non d'un ulcère. A son niveau, le pilier est un peu irrégulier, sans que l'on puisse noter de raideur, ni à la distension, ni à la pression de l'estomac. D'autre part, sur le pilier postérieur à un demi centimètre de l'ulcère, existe une traînée horizontale rouge, déprimée, qui correspond probablement à une érosion fissuraire. L'antre est normal sans antrite gastroscopiquement décelable. Dans le corps de l'estomac

.../...

existe en revanche une gastrite mamelonnée extrêmement importante, diffuse, portant non seulement sur la face postérieure, mais sur la face antérieure avec une muqueuse rouge. La gastrite remonte jusqu'au niveau du cardia. Tolérance à l'air correcte mais estomac sensible.

Conclusion : Ulcère typique certainement bénin de la région angulaire. Erosion du pilier antérieur, ulcération fissuraire de la partie supérieure du pilier postérieur. Gastrite mamelonnée extrêmement intense de tout le corps de l'estomac.

Le 28 mai 1959. Le malade souffre de nouveau de douleurs gastritiques.

RADIO. Les dernières séries de clichés montrent l'existence d'un spicule angulaire.

2 ème GASTROSCOPIE (Dr. HOUSSET). Jusqu'au pré-pylore. L'antre a été bien vu et se contracte parfaitement. Le sphincter de l'antre présente effectivement une encoche au niveau de l'angle, mais cette encoche ne correspond pas à une ulcération. Il s'agit peut-être de la cicatrice de l'ulcère qui avait été constaté antérieurement. Par ailleurs, la muqueuse de l'antre et la muqueuse du corps de l'estomac ne sont pas normales et présentent des phénomènes gastritiques importants mais sans comparaison avec les phénomènes qui ont été décrits en 1954. Ces phénomènes gastritiques sont essentiellement constitués par un aspect rubéoliforme de la muqueuse et des irrégularités nombreuses sans que l'on puisse parler de mamelon En un point de la face postérieure moyenne il semble exister une petite ulcération gastritique fissuraire mais ce n'est pas sûr.

Obs. 184 - Erosion superficielle au voisinage d'un ulcère angulaire.
Gastrite mamelonnée du corps de l'estomac.

Malade agé de 47 ans, ayant des antécédents anciens de douleurs ulcéreuses, en poussée au moment de l'examen.

RADIO. Rigidité de la petite courbure suspecte.

GASTROSCOPIE le 27 décembre 1941. Ulcère de I cm de diamètre environ et de I cm de profondeur entouré d'un gros bourrelet très rouge, siégeant sur la petite courbure angulaire. Legère convergence de plis petits et nombreux. Il existe de plus sur la berge inférieure et antérieure de l'ulcère une autre ulcération en raquette de 3 mm de long, superficielle. La région de l'ulcère (antre et pylore) ne présente pas d'anomalie. L'estomac situé en amont (Corps) est atteint d'une gastrite mamelonnée à gros mamelons. Lac muqueux abondant et très fluide.

Obs. 185 - Ulcère de la petite courbure antrale et deux ulcérations superficielles situées sur le sphincter de l'antre. Un mois plus tard l'ulcère est en voie de guérison, et les ulcérations gastritiques ont disparu totalement.

.. H..., agé de 6. ans, mécanicien, a des antécédents ulcéreux anciens. Il est en poussée au moment de l'examen.

RADIO : Enraidissement très net de l'angle et de la région sous-angulaire deux petites niches, l'une sus-angulaire de 3 mm en cupule peu profonde (1 mm), l'autre sous-angulaire proche radiologiquement de l'angle, plus longue (6 mm), un peu plus profonde (2 mm). Irrégularité de la grande courbure pré-pylorique qui est plutôt un spasme qu'un drapé. Elongation du pylore avec aspect en pain de sucre. Il est impossible radiologiquement de faire le diagnostic de la nature de ces anomalies.

GASTROSCOPIE le 28 février 1953. A peu près à mi-antre, existe exactement sur la petite courbure un petit ulcère typique bien rond de 7 à 8 mm de diamètre en cupule, peu profond à fond pseudo-membraneux à bords légèrement inflammatoires, convergence de deux plis venant de la face antérieure et d'un seul venant de la face postérieure. Pas de raideur gastroscopiquement décelable au moment des passages des contractions qui présentent l'ulcère à la vue. Au niveau du sphincter de l'antre, exactement sur la petite courbure, se trouvent deux petites ulcérations de 2 à 3 mm , à fond pseudo-membraneux, très superficielles, la muqueuse au voisinage est un peu irrégulière, non saignante, non bourgeonnante. L'aspect de cette dernière lésion est suspecte. Ce n'est pas un ulcère, c'est peut-être une gastrite érosive ou une polymitose. Le reste de l'estomac est gastroscopiquement normal.

Le 28 mars 1953. Le traitement par la vitamine C, atropine a fait disparaitre les douleurs. Le poids n'est pas modifié, l'anorexie persiste.

2 ème GASTROSCOPIE. On retrouve sur la petite courbure à mi-antre la lésion vue précédemment. Cette lésion parait plus petite et se manifeste maintenant simplement par une tache rouge et une dépression fissuraire peu profonde qui ne se voit bien qu'au passage des contractions. Pas de rigidité pratiquement décelable. L'amélioration est certaine. Les deux petites ulcérations sus-angulaires ont disparu, le reste de l'estomac est normal.

Un traitement est prescrit comportant les vitamines B 1 et B 12, de la poudre alcalino-bismuthée et de la belladone.

Obs. 186 - Ulcère pré-pylorique, petite ulcération superficielle, située sur le sphincter de l'antre. Gastrite mamelonnée du corps de l'estomac.

M.C..., agé de 28 ans, polisseur sur métaux, envoyé par le Dr.CHATELIN souffre de brûlures épigastriques depuis 1949. Depuis trois semaines environ les brûlures sont remplacées par des crampes post-prandiales.

RADIO. le 21 janvier 1955. Spicule de la région pré-pylorique. Le 17 aout 1955. niche de la face postérieure du corps.

GASTROSCOPIE le 1 octobre 1955. La petite courbure sous-angulaire n'a pu être vue qu'au début et il est impossible de retrouver cette région où existe un ulcère typique qui a été vu. Au niveau su sphincter de l'antre ulcération gastritique entourée d'un halo rouge. Dans le corps de l'estomac gastrite mamelonnée intense.

Obs. 187 - Ulcère de la face postérieure du corps de l'estomac et ulcération gastritique au-dessus du sphincter de l'antre. Gastrite mamelonnée du corps de l'estomac.

M.C..., agé de 50 ans, gardien de la paix est adressé par le dispensaire de la préfecture de Police le 16 décembre 1955. Depuis quelques mois il se plaint de troubles dyspeptiques à type de pesanteurs sans crampes, ni brûlures, ni périodicité. Altération de l'état général très nette asthénie, anorexie et amaigrissement de 9 kg depuis janvier 1955. Ces 15 derniers jours amaigrissement de 2 kg. A l'examen sensibilité du creux épigastrique.

RADIO. On note, d'une part de gros plis du corps, et d'autre part, un aspect vermoulu de la petite courbure avec ouverture de l'angle sur tous les clichés qui fait craindre une lésion de face.

GASTROSCOPIE. Dr.HOUSSET. Dans le corps de l'estomac, on note une gastrite mamelonnée intense de la face postérieure avec hypertrophie des plis au niveau de la grande courbure. Il existe juste au-dessus du sphincter de l'antre une petite ulcération punctiforme entourée d'un halo rouge certainement gastritique. Sur la partie moyenne de la face postérieure on découvre une ulcération plus importante d'environ 1/2 cm de diamètre, arrondie, peu profonde, entourée d'une zone d'oedème assez importante. Cette ulcération qui a des bords réguliers et un fond recouvert d'une fausse membrane blanchâtre est considérée comme un ulcère. Pas de convergence de plis.

Obs. 188 - Ulcère et ulcération gastritique de la face postérieure du corps de l'estomac. Très intense gastrite interstitielle à l'examen histologique.

.../...

Mme N..., agée de 56 ans, concierge, a des antécédents de type vasculaire. Il y a un mois apparition de douleurs différentes épigastriques post-prandiales tardives. Il existe un amaigrissement.

RADIO. achalasie antrale. Plis du corps irréguliers. Petite quantité de liquide résiduel. Bulbe un peu irrégulier.

GASTROSCOPIE le 25 janvier 1955. antre présentant des signes de gastrite atrophique avec visibilité vasculaire. Dans le corps de l'estomac, à la partie moyenne, sur la face postérieure on note un gros oedème qui fait saillir fortement cette face. La muqueuse est tendue, laisse transparaitre les vaisseaux et on note deux ulcérations, l'une très près de la petite courbure manifestement superficielle entourée d'un halo de 5 à 6 mm rouge, à fond blanchâtre. L'autre est plus postérieure, à peu près au milieu de la face postérieure, plus profonde, en cupule à fond blanchâtre plus volumineux et vers elle convergent trois plis en amont de la grande courbure. L'aspect est donc différent, c'est celui d'un petit ulcère. Sur la face antérieure symétrique présence d'un oedème moins important que sur la face postérieure. Noter une gastrite atrophique de toute la face postérieure et de la face antérieure haute avec visibilité des vaisseaux. Ceux-ci sont groupés en certains points, ils contiennent des veines et des artérioles.

BIOPSIE prise dans la partie moyenne de l'estomac probablement sur la face postérieure.

Etude histologique.- L'un des deux fragments est coupé obliquement. Il est de topographie fundique. Les cellules qui le constituent sont distribuées de façon normale le long de tubes rectilignes avec une forte prépondérance des cellules bordantes sur les cellules principales. Il existe à ce niveau une réaction interstitielle importante avec oedème et multiplication des lymphocytes et des plasmocytes. L'autre fragment également fundique est beaucoup plus altéré. L'épaisseur de la muqueuse est très diminuée. La partie profonde du chorion subit une infiltration inflammatoire plasmocytaire mais surtout une sclérose avec multiplication des fibrocytes et apparition de nombreuses fibres collagènes. Entre ces éléments, les glandes fundiques subissent presque partout une dédifférenciation avec état clair et effacement presque complet des cellules bordantes dont quelques unités seulement persistent le long de rares tubes. Plus en surface apparaissent les foyers oedémateux et hémorragiques au niveau desquels se produit une hétérotopie caliciforme et même une véritable métaplasie intestinale de l'épithélium de revêtement. Il existe donc ici, une très intense gastrite interstielle évoluant vers la chronicité et vers l'atrophie de la muqueuse gastrique.

Obs. 189 - Ulcère de la face postérieure en voie de régression mais ne faisant pas de doute et ulcération gastritique sur la petite courbure.

Mme L..., agée de 57 ans, adressée par le Dr. MATELIN, souffre depuis le début de 1954 d'une douleur de type ulcéreux. Amélioration par le traitement médical.

RADIO. Suspicion sur quelques clichés d'une niche angulaire qui reste discutable.

.../...

GASTROSCOPIE le 29 mai 1954. Sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre en son milieu on note une petite traînée rouge non ulcérée qui étant donné la suite de l'examen, peut-être considérée comme la cicatrisation d'une ulcération. Surtout sur la face postérieure moyenne à mi chemin entre la petite courbure et la grande courbure existe une ulcération peu profonde mais nettement en creux bien circulaire de 4 à 5 mm de diamètre à fond légèrement hémorragique, cernée par un bourrelet peu saillant mais très rouge de 4 à 5 mm de diamètre. Cette lésion sans être typique d'ulcère paraît plus profonde qu'une ulcération gastritique. Il s'agit d'un ulcère certain. La lésion siège sur la paroi postérieure oedémateuse surtout au voisinage de l'ulcère. Enfin, sur la petite courbure un peu en amont de la lésion précédente, 2ème érosion étoilée allongée verticalement de 4 à 5 mm détergée sans bourrelet rouge. Cette érosion donne plutôt l'impression d'être gastritique.

OBSERVATIONS D'ULCERE ASSOCIE A UNE GASTRITE ULCEREUSE LES DEUX TYPES DE LESIONS DEMEURANT BIEN DISTINCTS A LA GASTROSCOPIE.

Obs. 190 - Episodes hémorragiques discrets à répétition. Radiologie négative. Première gastroscopie : gastrite ulcéreuse du corps et ulcère sous-cardial probable. Deuxième gastroscopie les lésions ont disparu.

M.C..., agé de 37 ans, ingénieur dans une grande firme d'automobiles est adressé au Pr. DEBRAY le 8 octobre 1955. Quatre ans plus tôt sans aucun prodrome, au cours de son travail, il a rejeté une gorgée de sang noirâtre suivie d'émission de selles noires. Les radiographies gastriques et la numération sont normales. Depuis cet épisode il aurait assez souvent, tous les trimestres environ des selles noires en même temps qu'il perçoit une asthénie inhabituelle, ceci n'étant pas certain. Mais il y a un mois au décours de troubles dyspeptiques il a eu un rejet sanglant nocturne suivi de quelques vomissements sanglants le lendemain et d'un melaena durant 3 jours. Il a maigri de 5 kg de façon récente. Peu de troubles fonctionnels sont associés à ces hémorragies, une barre épigastrique peu intense survenant l'après-midi plusieurs jours de suite peut-être signalée. Consommation de tabac et d'alcool nulle. L'examen clinique de l'abdomen est négatif.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE n'apporte que peu de renseignements possibilité de malposition cardio-tubérositaire.

La GASTROSCOPIE est faite le 8 octobre 1955 par le Pr. DEBRAY. Le gastroscope passe avec une assez grande difficulté à la bouche de Kilian (spasme ou direction anormale de l'axe de l'oesophage). La progression est facile ensuite. Tolérance à l'air normale. Forme de l'estomac normale. L'antre est normal, présentant de belles contractions, avec pylore bien visible, d'aspect normal. Sphincter antral normal. Dans le corps de l'estomac existe une gastrite marquée tout d'abord par l'existence d'exulcérations dont le plus grand nombre siège dans les dépressions entre les plis. Chaque exulcération est recouverte d'un enduit pseudo-membraneux. Elle a une forme étoilée et elle a 2 ou 3 mm de diamètre. On trouve ainsi 4 ou 5 ulcérations de ce type sur la grande courbure et la face postérieure basse du corps. D'autre part existe un aspect congestif épaissi de la muqueuse qui prend un aspect bosselé. Enfin existent ça et là quelques pétéchies sous-muqueuses. Tous ces phénomènes sont plus marqués sur la partie basse du corps et diminuent quand on remonte l'appareil. Mais surtout il faut signaler dans le sous-cardia, sur la face antérieure l'existence d'une ulcération cupuliforme, de 7 à 8 mm de diamètre, ovalaire, à grand axe horizontal, portant un petit prolongement à son pôle postérieur. Cette ulcération a un fond blanc mat, pseudo-membraneux. Elle est creusée dans une zone saillante, irrégulière, non bourgeonnante, non saignante. L'ensemble de la lésion a les dimentions d'une demi-noix, portant à son sommet l'ulcération décrite précédemment. L'aspect rappelle celui d'un ulcère, mais à la rigueur il pourrait s'agir d'une tumeur bénigne ulcérée. Le cardia est en place. Il n'y a pas de hernie hiatale gastroscopiquement décelable. L'ulcération siège immédiatement au-dessous du cardia, à un demi ou un cm.

.../...

Conclusion : Lésion ulcérée de la face antérieure haute immédiatement sous cardiale (probablement ulcère, possibilité d'une tumeur bénigne ulcérée). d'autre part, gastrite ulcéreuse du corps dans sa partie basse. La lésion ulcérée est à surveiller radiologiquement et éventuellement gastroscopiquement.

Le malade est revu le 10 janvier 1956. Il va bien n'a pas eu de nouvelle hémorragie, a pris 3 kg. Une petite gêne épigastrique durant un quart d'heure, survenant à quelque distance des repas a persisté quelque temps.

Un traitement est poursuivi de vitamine C, atropine, poudre alcalino-bismuthée, gels d'alumine, et probanthine.

Le 10 avril 1956 il revient consulter pour fatigue tendances lipothymiques et selles noires, d'autre part la gêne épigastrique post-prandiale est plus nette. Un petit épisode hémorragique semble se situer vers le 17 mars.

Un examen radiologique par le Dr. JOURDE réussit à mettre en évidence une petite image d'addition haut située, pas de hernie hiatale.

Une GASTROSCOPIE est faite à nouveau par le Pr. DEBRAY. Passage du gastroscope facile, plus facile que la dernière fois. L'antre est animé de belles contractions, bien régulières, avec un pylore qui parait normal. Sphincter antral normal. Dans le corps de l'estomac, on note que les ulcérations antérieures ont disparu. La muqueuse est simplement un peu rouge. Pas de pétéchies. Noter seulement sur la face postérieure haute, dans la région du sous-cardia, une strie horizontale sanguinolente, due au traumatisme par le passage de la sonde de Camus. L'examen du sous-cardia a été fait avec beaucoup d'attention. L'ulcération qui existait le 8 octobre 1955, sur la face antérieure a disparu. On note dans toute cette zone sous-cardiale, sur toute sa circonférence, l'existence d'une muqueuse tomenteuse, irrégulière, avec des glaires abondantes. Il existe en aucun point d'ulcération endoscopiquement décelable. Immédiatement en amont du rétrécissement habituel, existe sur la face antérieure une petite poche de 3 ou 4 cm de haut, qui a les caractères gastroscopiques d'une petite hernie hiatale. Noter d'autre part que le passage oesophage - estomac est large. La muqueuse oesophagienne est facilement reconnaissable par ses petits vaisseaux très fins, longitudinaux, alors que la muqueuse gastrique a un aspect tout différent, beaucoup plus épaisse, plus irrégulière, avec des glaires.

Conclusion : Disparition des exulcérations de la partie basse du corps. Disparition de l'ulcération de la face antérieure sous-cardiale. Gastrite de la région cardiale et sous-cardiale, importante, avec épaississement de la muqueuse et hypersécrétion muqueuse. Probabilité de petite hernie hiatale qu'il convient de vérifier par radio avec probanthine.

Le traitement anti-gastritique groupant réglisse, prométhazine poudre alcalino-bismuthée est poursuivi.

Obs. 191 - Syndrome fonctionnel ulcéreux datant de quelques années. Aspect radiologique typique de gastrite. La gastroscopie confirme la gastrite hypertrophique apporte la notion d'ulcération gastritiques multiples et d'un ulcère profond sous cardial. Efficacité remarquable et controlée endoscopiquement du traitement médical.

M.J..., agé de 38 ans, cafetier est adressé à M. le Pr. DEBRAY le 17 janvier 1952

Il a ressenti il y a 4 ou 5 ans quelques douleurs gastriques. Mais il a de nouveau souffert de l'estomac il y a 2 ans et demi, des clichés pris en octobre 1949 montraient un aspect gastritique du corps et de l'antre. L'épisode a duré trois semaines. Pendant un an il n'a ressenti aucun trouble en restant sans traitement.

A la fin du mois d'octobre 1951 rechute d'une durée de I mois et demi actuellement il souffre moins. Il s'agit de douleurs épigastriques post-prandiales survenues à 4 heures de l'après midi calmées par l'alimentation et les alcalins. Quelques nausées et même quelques vomissements aqueux peu abondants.

Pendant les crises douloureuses, il existe une constipation avec émission d'une selle tous les trois jours, et météorisme.

Amaigrissement de 4 kg depuis le mois de novembre 1951 durée de 2 mois et demi.

Enfin c'est un fumeur modéré, la consommation d'alcool est très légère.

Sur les RADIOGRAPHIES d'octobre 1949 on observe de très gros plis de gastrite du corps et de l'antre, des irrégularités de la petite courbure.

Les séries faites en mars et en novembre 1951 donnent le même aspect amélioré. En décembre 1951 l'aspect est redevenu semblable à celui d'octobre 1949.

La vitesse de sédimentation est normale.

La GASTROSCOPIE est faite le 19 janvier 1952 par M. DEBRAY.
Le passage du gastroscope est facile, mais spasmes multiples dans l'oesophage, au cardia et dans la partie supérieure de l'estomac. La distension de l'estomac est facile, la tolérance à l'air est normale.
L'exploration de la partie basse de l'estomac trouve un antre rouge, avec une muqueuse d'aspect grenu. Le pylore est punctiforme. Il existe dans la partie proximale de l'antre de gros plis cachant partiellement la partie distale de celui-ci. La souplesse de l'antre est conservée. Il y a des contractions normales. Il n'y a pas de saignement.
Le sphincter de l'antre est normal.
Dans la partie basse du corps de l'estomac, on voit de gros plis siègeant sur les deux faces, plis allongés dans le sens de l'estomac, tout à fait inhabituels. Ces plis sont volumineux, non ulcérés, ne disparaissent pas par la distension.
En somme il existe là une gastrite hypertrophique vraie intense. Les plis sont

.../...

séparés par des intervalles de muqueuse saine. Cet aspect correspond manifestement aux gros plis visibles radiologiquement. Dans la moitié supérieure du corps, les plis sont encore plus volumineux, oedémateux, anarchiques, juxtaposés, beaucoup plus proches de l'objectif. On voit au sommet des plis quelques ulcérations; deux siègent sur la face postérieure près de la petite courbure, une siège sur la grande courbure. Ces ulcérations sont superficielles, opalines, ont deux à trois mm de diamètre elles ont des bords peu nets.
Enfin, sur la face postérieure, sous le cardia, au voisinage du lac muqueux, existe une ulcération profonde dont le bord d'aval est à pic et dont le bord supérieur est en pente douce ; l'ulcération est à fond blanchâtre, un peu irrégulière de contour, non saignant, de I,5 cm de diamètre, avec une réaction inflammatoire péri-ulcéreuse modérée. L'aspect est bien ulcéreux mais pas de façon totale et exige une surveillance.

Il s'agit donc d'une gastrite hypertrophique diffuse exceptionnellement intense qui dans le haut de l'estomac se complique d'érosions superficielles, d'autre part sur la face postérieure haute existe un ulcère indiscutable très profond qu'il est logique de considérer comme une complication d'une ulcération de la gastrite. Quelques réserves devaient toutefois être faite sur la nature de la lésion. En effet il y a quelques irrégularités, le bord d'aval est à pic alors que dans les ulcères ordinaires c'est l'inverse, néanmoins ce sont des nuances et l'histoire clinique conjointement à l'ensemble des observations endoscopiques font conclure à un ulcère bénin.

Le traitement prescrit groupe donc vitamine C atropine et pansements.

Le 10 mars 1952 un TUBAGE à l'HISTAMINE est fait en province il donne les résultats suivants :

0	?	?	?
15	72 cm3	0,45	1,57
30	67	0	0,90
45	39	0,65	2,05
60	35	0,24	1,56
75	16	0	1,29
90	14	0	1,10

Le résultat du traitement est excellent. Il ne souffre presque plus, a pris 2 kg 500.

Le 22 septembre 1952 une nouvelle consultation de surveillance confirme ce résultat, quelques tiraillements épigastriques rares persistent seulement, en fait il n'a pas souffert de l'estomac depuis 7 mois. Il avait repris 4 kg atteignant 65 kg 800, mais légère chute de poids durant l'été. L'appétit est conservé, le transit aidé par le sulfate de magnésie est normal.

Une gastroscopie de contrôle est faite le 23 septembre. Après aspiration de 30 cm3 de liquide un peu bilieux non sanglant par la sonde de Camus introduction du gastroscope assez facile. L'estomac est de dimensions normales, spasmé, se distendant lentement à l'insufflation.

.../...

L'antre et le pylore sont gastroscopiquement normaux actuellement.
Le pylore est punctiforme. Les contractions gastriques sont normales.
Le sphincter antral est normal.
Dans le corps de l'estomac existe une rougeur diffuse d'intensité d'ailleurs modérée, plus marquée sur la face postérieure haute. Les gros plis visibles au cours de la précédente gastroscopie ont disparu complètement sur la face antérieure et presque complètement sur la face postérieure. Il persiste seulement sur cette face postérieure, dans la partie haute, quelques gros plis ; présence de dépôts salivaires importants.
L'ulcère de la face postérieure sous-cardiale a disparu. On voit seulement un petit récessus sur la face postérieure moyenne du sous-cardia, soit à une ébauche de diverticule sous-cardial. Aucun saignement, tolérance à l'air normale.

En conclusion : Amélioration considérable de la gastrite antérieure. Persistance d'une gastrite érythémateuse légère du corps et de quelques gros plis de la face postérieure haute. L'ulcère sous-cardial a disparu.

Le traitement est poursuivi groupant des vitamines C B 1, B 12, du bismuth et des mucilages, du sirop de phénergan, de la bromésérine.

Le 22 septembre 1953 donc un an plus tard, le malade va bien, pèse 63 kg 700 sur l'examen radiologique de contrôle on note encore néanmoins quelques gros plis gastritiques persistant en position debout mais moins volumineux.

Dans le sous-cardia aspect de niche mais il s'agit certainement d'un aspect fortuit et non pas de l'ulcère ancien cicatrisé.

Traitement continué par voie buccale groupant sirop de phénergan, réglisse, poudre alcalino-bismuthée.

Obs. 192 - Deux ulcères de la région angulaire superposés et gastrite marelonnée comportant des ulcérations étoilées de la face postérieure du corps observés en mai 1958. En décembre de la même année aspect de gastrite ulcéreuse avec ulcérations gastritiques seulement.

alade agé de 64 ans, déjà vu en 1954 pour un ulcère de l'angle, peu net sur les radiographies, bien visible à la gastroscopie. Le malade a été bien jusqu'à ces derniers temps. Depuis septembre : anorexie, amaigrissement de 10 kg, quelques douleurs assez faibles, épigastriques, tardives, calmées par alimentation.

RADIO. Sur l'angle deux petites images d'addition superposées. Gros plis perpendiculaires de l'antre : antre spasmé mais souple. Bulbe duodénal irrégulier (ulcère duodénal probable, méconnu ultérieurement) diverticule du troisième duodénum. Diagnostic radiologique difficile ulcère ou néoplasme antral.

GASTROSCOPIE le 5 mai 1958 (Pr. DEBRAY). Examen facile, malade docile. Le gastroscope est arrêté pourtant dans la partie supérieure au niveau probablement d'un estomac en cascade. Contractions antrales fortes, avec mouvements antipéristaltiques. Souplesse conservée. Sur l'angle, deux ulcères superposés, l'un immédiatement sus-angulaire de 5 mm de diamètre un peu irrégulier, à fond très légèrement blanchâtre, à bords non inflammatoires, assez difficilement visible, mais net une

.../...

fois repéré. D'autre part petit ulcère immédiatement angulaire, plus difficile à voir d'un ou deux mm. Il est probable que ce sont ces deux ulcères superposés qui donnent l'image radiologique d'addition double. Sur la face postérieure au moins trois exulcérations de quelques mm de diamètre ; un peu irrégulières, étoilées, à fond blanchâtre, peu profondes. Il s'agit là de gastrite ulcéreuse. A leur voisinage aspect mamelonné et inflammatoire de la muqueuse. Sur la face antérieure muqueuse rouge, très enflammée. Lac muqueux important avec exsudat pultacé. Elargissement du cardia sans hernie hiatale vraie.

Conclusion : Ulcère sus-angulaire certain. Petit ulcère immédiatement angulaire. Gastrite ulcéreuse de la face postérieure. Gastrite érythémateuse sur la face antérieure. Cardia large. Intérêt de la gastroscopie pour le diagnostic différentiel avec un néoplasme antral.

Le malade est mis au traitement médical pendant un mois et demi.

Une seconde GASTROSCOPIE est faite en décembre 1958. par le Pr. DEBRAY dans le but de faire le départ entre une gastrite ulcéreuse et une forme infiltrante de néoplasme suggérés l'un et l'autre par la radiologie. La partie basse de l'estomac est normale, avec de belles contractions. La lésion commence au niveau du sphincter de l'antre. On trouve, sur le pilier antérieur, une ulcération qui a 3, 4 mm de diamètre, qui a forme étoilée, avec un fond blanchâtre et un peu déprimé. Cette ulcération n'a pas l'aspect d'un ulcère. Une deuxième ulcération se trouve un peu dessous, sur le pilier antérieur. Il y en a probablement d'autres dans le corps au-dessus, dans des dépressions entre les plis. Toute la partie moyenne du corps de l'estomac au-dessus du sphincter de l'antre présente un aspect mamelonné avec des mamelons très serrés, mais sans rigidité, sans ulcération profonde, sans bourgeonnement. Au palper abdominal toute cette région moyenne de l'estomac parait souple. Il n'y a pas d'infiltration importante. La région sous-cardiale parait normale. Au total, le diagnostic de gastrite ulcéreuse parait confirmé, mais la gastrite est étendue à toute la partie moyenne du corps de l'estomac, sans induration. Ceci explique assez bien les images radiologiques. Etant donné que l'ulcération déjà vue il y a quelques mois sur le pilier antérieur ne s'est pas étendue, il est peu probable qu'il sagisse d'une forme anormale de polymitose. On en reste donc au diagnostic de gastrite ulcéreuse, infiltrante et cachectisante. On met le malade au traitement médical par la vitamine C atropine, la poudre alcaline, à la belladone, au régastrol.

Obs. 193 - Ulcère angulaire associé à des ulcérations superficielles de la face postérieure du corps de l'estomac dans sa partie basse.
Intervention un mois plus tard, l'examen anatomo-pathologique confirme le caractère des lésions observées.

M.B..., agé de 40 ans, est envoyé le 14 octobre 1950 par le Dr.TRICARD. Il souffre d'un syndrome ulcéreux depuis 7 ans. Echec des traitements médicaux.

RADIO. Niche de l'angle de 1,5 cm avec raideur sus et sous jacentes. Gros plis de la grande courbure. Prolapsus duodénal. La gastroscopie est demandée parce qu'une superposition jéjunale jette un doute sur la réalité de la niche angulaire.

.../...

Obs. 195 - Ulcère sur la partie basse de la face antérieure associé à une gastrite mamelonnée et ulcéreuse localisée à la petite courbure comportant de multiples ulcérations superficielles.

M. D..., agé de 46 ans, soudeur, se plaignant de douleurs anciennes de type ulcéreux, est vu à la consultation de l'hôpital Bichat. Ethylisme et tabagisme.

RADIO : Sur les clichés de 1954 niche de la petite courbure verticale visible sous compression. En mars 1956, aspect dentelé de la petite courbure mais il n'y a pas de niche.

GASTROSCOPIE . le 7 avril 1956. Examen facile et complet. La muqueuse antrale paraît amincie et présente une visibilité vasculaire très marquée. La petite courbure sous-angulaire n'a été vue que très rapidement à l'occasion d'une contraction. Elle ne présente pas d'ulcère décelable à ce rapide examen. Le sphincter de l'antre est saillant mais régulièrement arrondi, sans encoche. Dans le corps de l'estomac, lésions gastritiques intenses essentiellement localisées à la petite courbure et sur la hauteur de cette dernière. La muqueuse à ce niveau est épaissie, surélevée en une sorte de placard. Au niveau de ce placard il existe une gastrite mamelonnée intense avec une multitude d'ulcérations gastritiques entre les mamelons donnant à cette partie de l'estomac un aspect de "tissu mité" . D'autre part, la palpation abdominale a permis de voir sur la face antérieure du corps un peu au-dessus de l'angle un ulcère typique, arrondi, d'un 1/2 centimètre de diamètre, à fond blanchâtre et à bords peu surélevés. Il semble s'agir d'un ulcère jeune. Le reste de l'estomac est normal.

CONCLUSION : Gastrite mamelonnée et ulcéreuse de la petite courbure du corps de l'estomac, ulcère typique de la face antérieure basse.

.../...

GASTROSCOPIE. Ulcération de la région angulaire de type ulcéreux, 1 cm de diamètre environ, à fond blanc mat, bords froncés, aspect arrondi avec petit prolongement vers le haut, oedème péri-ulcéreux d'intensité modérée, existence de contractions qui soulèvent l'ulcère et permettent de le bien voir. Sur la face postérieure moyenne au milieu de gros plis existe une autre ulcération plus superficielle à fond blanchâtre peu profonde. Ensemble de l'estomac rouge, gros plis, l'antre parait normal mais est vu de loin.

Le malade est opéré un mois plus tard par le Dr. SOUBRANE, les lésions signalées sont retrouvées à la gastrectomie et l'examen anatomo-pathologique fait par le Dr. DUPERRAT les confirme à ceci près que ce sont deux ulcérations superficielles associées au lieu d'une qui ont été trouvées à l'intervention.

Obs. 194 - Ulcère fissuraire au pied du pilier antérieur de l'antre. Nombreuses petites ulcérations sur la moitié inférieure du corps de l'estomac.

Malade agé de 63 ans, souffrant de douleurs épigastriques depuis 10 ans. En traitement depuis février 1958.

RADIO. - Gros plis, et niche triangulaire de l'angle.

GASTROSCOPIE le 7 juin 1958. L'antre qui a une direction en haut et à gauche n'a pu être vu de même que le pylore. Juste au-dessus du sphincter de l'antre au pied du pilier antérieur ulcère d'aspect fissuraire, d'environ 5 mm de long à fond blanchâtre, sans convergence de plis. Les bords sont réguliers et rouges Cet ulcère a tous les caractères d'un ulcère de CRUVEILHIER. Mais ce qui frappe surtout, c'est une rougeur intense de la muqueuse de tout l'estomac, l'absence de plis, la visibilité vasculaire. La surface de la muqueuse est très irrégulière, parsemée de mamelons assez serrés mais ne présentant pas l'aspect habituel en pavés du roi. Cette muqueuse est littéralement criblée de micro-ulcérations très nombreuses, impossible à dénombrer. Ce phénomène se retrouve surtout marqué à la moitié inférieure du corps. Aucune contraction n'a été vue au cours de l'examen. Lac muqueux peu important.

Obs. 196 - Ulcère de la face antérieure du corps de l'estomac et gastrite mamelonnée s'accompagnant de petites ulcérations superficielles.

M.P..., agé de 50 ans, ancien facteur, est adressé par le Dr. NETTER à la consultation de gastroscopie de Bichat le 23 septembre 1954. Depuis 1942 il souffre de crampes et de brûlures épigastriques et de l'hypochondre droit uniquement post-prandiales à l'origine. Depuis 1947, ces

.../...

douleurs surviennent aussi en dehors des repas. Une certaine périodicité est retrouvée mais très irrégulière. Depuis 15 jours, les douleurs sont particulièrement intenses à type de brûlures d'abord exclusivement épigastriques puis diffusant bilatéralement avec une prédominance à l'hypochondre gauche. Ces douleurs sont quotidiennes sans chronologie particulière par rapport aux repas et de durée variable. Constipation légère. Amaigrissement dépassant 12 kg en 1 mois.
Malade fumeur mais buvant peu d'alcool. Il a été hospitalisé en 1950 à St-Antoine dans le service du Dr. GUTMANN, une gastrite ulcéreuse a déjà été vue en gastroscopie.

RADIO. - Le 15 septembre 1954. Encoche permanente de la grande courbure moyenne avec en regard une niche de face ovalaire.

GASTROSCOPIE. (Dr. HOUSSET) Tolérance à l'air médiocre. La partie basse de l'estomac n'a pas été examinée. Dans le corps de l'estomac on découvre effectivement en pleine face antérieure à égale distance de la petite courbure et de la grande courbure une ulcération ovalaire à grand axe vertical (2 cm environ). Cette ulcération est recouverte d'un enduit épais blanchâtre. Les bords sont très oedémateux, très accusés et cette ulcération est entourée d'une zone oedémateuse très importante vers laquelle convergent des plis énormes. D'autre part, dans le corps de l'estomac, existe une gastrite mamelonnée importante de la face postérieure avec ça et là de petites zones exulcérées. Des réserves sont faites en conclusion sur la nature néoplasique possible de l'ulcération.

Obs. 197 - Ulcère sur la face postérieure moyenne du corps de l'estomac.
Gastrite mamelonnée et ulcéreuse sur les faces antérieure et postérieure

Malade agé de 59 ans, se plaignant d'une gêne épigastrique post-prandiale qui survient 2 à 3 heures après les repas, à type de pesanteur durant 1 ou 2 heures. Nausées, parfois vomissements bilieux. Depuis 2 mois le malade souffre tous les jours. Il s'agit d'une rechute de manifestations dont les premières remontent à 10 ans. A cette date le diagnostic d'ulcère aurait été porté par la radiologie. Des traitements multiples ont été instaurés qui ont amené des sédations mais pas de guérison. Le dernier traitement date d'octobre 1953. Les troubles ont repris il y a 2 mois. Tubage à l'histamine du 2 aout 1955 légère hypochlorydrie. Le 27 octobre 1955 pas d'amélioration par le traitement.

RADIO. Sur les clichés du mois de juillet 1955 une hernie hiatale, gros plis de la grande courbure.

GASTROSCOPIE (Dr. HOUSSET). Le 28 novembre 1955. Dans le corps de l'estomac gastrite oedémateuse, mamelonnée, très importante, avec de très nombreuses exulcérations siègeant aussi bien sur la face antérieure que sur la

.../...

face postérieure. En pleine face postérieure moyenne, on découvre une ulcération assez profonde entourée d'un gros bourrelet d'oedème arrondie, de dimensions assez réduites (environ 5 à 10 mm). Il s'agit certainement là d'un petit ulcère, dont le fond est encore recouvert d'un enduit blanchâtre. L'examen endoscopique confirme l'existence de la hernie hiatale.

Conclusion : Gastrite mamelonnée et ulcéreuse. Petit ulcère de la face postérieure moyenne.

Obs. 198 - Ulcère de la face postérieure moyenne associée à des ulcérations plus superficielles gastritiques de la partie basse du corps de l'estomac.

Mme M..., agée de 67 ans, souffre d'un syndrome ulcéreux évoluant depuis une dizaine d'années par périodes irrégulières. Actuellement en crise depuis 2 mois. Les douleurs surviennent vers 4 heures de l'après-midi, quelques vomissements se produisent. Constipation modérée depuis le début de la poussée ulcéreuse.

RADIO. - Très gros plis de la grande courbure verticale. Sur la petite courbure verticale en oblique à sa partie moyenne persiste une niche de 5 mm de haut, en calotte. Bulbe duodénal irrégulier.

GASTROSCOPIE le 7 avril 1951. Sur la face postérieure moyenne à peu près à mi-face ulcère typique hémisphérique profond, taillé à l'emporte-pièce, circulaire, à bords francs avec une réaction inflammatoire péri-ulcéreuse modérée. La lésion est vue un peu en oblique d'une manière parfaite. La profondeur de l'ulcère est de 0, 5 cm. D'autre part existe dans la partie basse de l'estomac sur la face antérieure et la grande courbure toute une série d'érosions de 2 à 3 mm les une arrondies, les autres allongées groupées par 5 ou 6 à fond blanc mat, à bords réguliers très superficielles creusées dans une muqueuse inflammatoire rouge oedémateuse. Oedème très important de la grande courbure. Sur la grande courbure moyenne à l'endroit des images radiologiques existent des plis très épais tortueux, oedémateux, non rigides non bourgeonnants gros comme le petit doigt. Le sphincter de l'antre est oedémateux. L'antre est très rouge il porte sur la grande courbure à l'endroit du contact de la sonde une égratignure due à celle-ci.

Obs. 199 - Hémochromatose. Ethylisme. Ulcère de la petite courbure angulaire. Gastrite mamelonnée intense, diffuse exulcérée par places.

Malade présentant une hémochromatose typique, une hernie, un début d'atteinte pancréatique. Spécificité ancienne éteinte. Ethylisme. D'autre part ulcère de l'angle et gastrite. Hospitalisé en juillet et en aout 1961 pour reprises des douleurs.
Réapparition vers le début octobre de douleurs à type de brûlures et de pyrosis.

.../...

Un EXAMEN RADIOLOGIQUE récent montre un ulcère en spicule assez profond de l'angle avec de gros phénomènes gastritiques marqués par une irrégularité des bords de la muqueuse gastrique.

L'impression clinique est qu'il convient de faire chez ce malade une gastro-entérostomie avec Dragstedt pour mettre l'estomac au repos.

GASTROSCOPIE : Quelques nausées au passage du gastroscope. L'estomac est très intolérant à l'air ce qui gêne l'examen au début et qui va gêner en particulier l'examen de la région antrale. Ce n'est qu'avec peine que l'on progresse jusqu'au bas-fond. Les contractions antrales sont très violentes avec un pli permanent qui se trouve un peu en aval du sphincter de l'antre. Il existe dans la région ou se trouve l'ulcère une dépression dont il n'a pas été possible de voir le fond mais qui parait ulcérée. D'autre part et surtout existe une très importante gastrite mamelonnée portant sur tout le pourtour de l'estomac au niveau de la partie basse et surtout comme d'habitude sur la face postérieure. Les mamelons sont ulcérés et volumineux, en pavés de Versailles.

Sur la face postérieure moyenne, existe de curieuses pigmentations en point conglomérées d'une teinte brunâtre paraissant intra-muqueuses au nombre de 5 ou 6, disposées sans ordre avec une muqueuse qui à leur niveau parait normale. S'agit-il simplement de petites hémorragies sous muqueuses ? S'agit-il de dépots sériques de l'hémochromatose ? La partie haute de l'estomac a été examinée rapidement en raison de la nervosité du sujet et on peut affirmer qu'il n'y a pas de hernie hiatale, cette région n'ayant pu être examinée correctement.

Conclusion : Gastrite mamelonnée très intense du corps de l'estomac. Antrite. Ulcère de la petite courbure angulaire difficile à voir en gastroscopie. Ce qui domine chez ce sujet c'est l'importance des phénomènes gastritiques. Pigmentation de la face moyenne de l'estomac, d'étiologie imprécise.

Biopsie de muqueuse gastrique à l'aveugle.

Etude histologique : Ces 3 fragments appartiennent à une muqueuse de type fundique dont les tubes glandulaires restent encore assez régulièrement tassés les uns contre les autres, mais ont une hauteur légèrement diminuée. Le revêtement superficiel est quelquefois abrasé et les cellules muqueuses ont une hauteur elles aussi diminuée.

Il existe une infiltration lymphoïde interstitielle par places et en profondeur une discrète réaction mésenchymateuse fibroblastique.

Les cellules bordantes sont en nombre normal mais certaines d'entre elles sont desquamées, rétractées à l'intérieur des tubes.

Les cellules principales sont souvent clarifiées et quelques unes d'entre elles seulement conservent une activité peptique.

Enfin sur la coloration de Turnbull il existe une grande quantité de petits grains pigmentaires ferriques situés à la fois à l'intérieur des éléments bordants et principaux et dans certaines cellules du mesenchyme.

Il s'agit donc au total d'une gastrite à la fois interstitielle et épithéliale avec différenciation assez élective des cellules principales et surcharge ferrique.

Il s'agit donc d'une hémochromatose certaine avec une gastrite interstitielle et épithéliale qui présente certains des caractères de la gastrite éthylique. (Dr. MARTIN) - 10.11.1961.-

OBSERVATIONS DE GASTRITES ULCEREUSES COMPORTANT DES ELEMENTS DONT CERTAINS ONT L'ASPECT D'ULCERES OU PARAISSENT INTERMEDIAIRES ENTRE ULCERATION GASTRITIQUE ET ULCERE.

Obs. 200 - Importante gastrite ulcéreuse cachectisante. Symptomatologie fonctionnelle riche avec brûlures, dyspepsie, sialorrhée, nombreuses ulcérations polymorphes certaines punctiformes, d'autres plus vastes, l'une plus profonde a l'aspect d'une ulcère véritable. Efficacité du traitement médical.

Mme S..., agée de 71 ans, consulte le Pr. DEBRAY le 17 décembre 1957. Depuis trois mois elle souffre de brûlures, de pesanteurs, de dyspepsie, de nausées et d'une sialorrhée qui doit être soulignée, le tout accompagnant une anorexie invincible. L'asthénie est marquée, l'amaigrissement est de 3 ou 4 kg, il existe une constipation habituelle très ancienne traitée par laxatifs. Elle signale une gêne au fond de la gorge sans dysphagie. La consommation du tabac est assez importante.

L'examen clinique recueille chez une malade maigre, dont l'aspect général est déficient une impression de résistance épigastrique. Le foie est de volume normal. Le toucher rectal ne perçoit rien de particulier.

L'examen du sang montre 4.750.000 GR hémoglobine à 95. VG I et surtout 10.200 GB avec 72 polyneutro. 3 éosino. 3 baso. 17 lympho, et 5 mono. Dans les selles on a noté l'existence de fibres musculaires nombreuses. Cholestérol, Glycémie, Mac Lagan normaux. Prothrombine à 58%. Malade très fatiguée présentant des oedèmes des M.I.

L'examen radiologique montre un estomac ptosé avec des irrégularités des bords de la petite courbure particulièrement visibles sur les clichés couchés Il existe d'autre part de gros plis qui venant de la grande courbure remontent vers l'angle. On note encore une lacune de la grande courbure horizontale en position couchée disparaissant en position debout. Tous ces phénomènes étaient absents sur les clichés de 1955. La radio du colon montre un dolichocolon sigmoïdien, remontant jusqu'à l'angle gauche. Au total, devant l'altération de l'EG la question se posait de l'éventualité d'images compressives postérieures peut-être pancréatiques de l'estomac.

GASTROSCOPIE - Le passage du gastroscope (gastroflex 54 de tout petit diamètre) est facile. L'estomac est hypertonique et supporte mal l'insufflation. La région antrale parait à peu près normale mais elle a été vue d'assez loin. Et surtout, on note dans le corps de l'estomac un grand nombre d'ulcérations dont les caractères sont un peu différents. Les unes sont volumineuses.
Il y en a une en particulier sur la face postérieure moyenne que l'on retrouve d'ailleurs à postériori sur les clichés sous forme d'une niche entourée d'une

.../...

petite zone en cocarde ulcération profonde ayant 1 cm de diamètre environ, un peu irrégulière, n'ayant pas l'aspect rond habituel de l'ulcère de Cruveilhier mais ayant certainement franchi la musculaire muqueuse. Il s'agit là d'un ulcère certain avec son fond blanchâtre. D'autres ulcérations sont un peu plus petites ayant 4 ou 5 mm de diamètre. On en trouve un grand nombre, en particulier sur la face antérieure de la grande courbure où elles s'alignent le long des plis, sur les crêtes. Enfin, il existe un nombre considérable de petites ulcérations punctiformes de 1 ou 2 mm qui ont toutes les mêmes caractères. Ce sont des ulcérations à bords un peu irréguliers assez profondes, en puits, à fond blanchâtre. La muqueuse tout autour de ces ulcérations présente un aspect rouge. Souvent ces ulcérations sont en ligne longitudinale, en particulier sur la face antérieure et la grande courbure. Tout le corps de l'estomac est atteint. On retrouve des ulcérations jusque dans la partie haute de l'organe. La région du cardia parait normale. Le Lac muqueux est franchement bilieux.

Conclusion : gastrite ulcéreuse diffuse, très intense, rarement rencontrée à ce degré. Un certain nombre de ces ulcérations ont certainement gagné la sous-muqueuse et sont par conséquent de véritables ulcères.

Une BIOPSIE a été faite à 57 cm (2 fragments). Les deux fragments étudiés appartiennent au fundus. On note dans les collets glandulaires, d'assez nombreux amas de cellules desquamées formant des petits cylindres. Le tissu interstitiel est infiltré par les groupes de lymphocytes, et de plasmocytes. Il subit en profondeur une sclérose collagène jeune. C'est en somme une gastrite modérée, mixte, à la fois épithéliale et interstitielle, sans caractère spécifique. (Pr. LAUMONIER.)

Traitement prescrit : Vitamines B1 et B12, Extraits hépatiques, pepsine, en plus du traitement habituel Vitamine C , atropine, poudre alcaline bismuthée, belladone.

La malade est revue le 26 janvier 1958, elle a bien supporté le traitement, a pris 500 g, n'a plus de brûlures d'estomac. La salivation signalée persiste. L'appétit est très variable, dans l'ensemble l'état général est meilleur.

Sur les radiographies on observe toujours des irrégularités de la petite courbure verticale, une grande courbure frangée, des plis épaissis.

Le traitement antigastritique habituel est continué, renforcé par une cure d'injections d'oxyferriscorbone.

Le 22 avril 1958, elle atteint de nouveau son poids antérieur de 58 kg (pour 1 m 72) Quelques lourdeurs épigastriques persistent dans l'après-midi non la nuit.

Sur les clichés de mai 1958 amélioration des images. Le traitement est continué.

La malade est revue en janvier 1959, elle va bien, excepté quelques douleurs et quelques nausées espacées. On note sur les clichés un léger épaississement des plis dans la partie verticale du corps.

.../...

Le traitement est continué poudre alcaline bismuthée (demeure constipée malgré l'usage de la poudre) réglisse, vitamine C.

Obs. 201 - Sur le versant postérieur de la petite courbure moyen e, ulcère avec plis convergents, un second ulcère est discerné parmi d'autres ulcérations plus superficielles sur la face antérieure du corps de l'estomac. Trois mois plus tard nettoyage des lésions vérifié en gastroscopie seule persiste une petite ulcération dans la zone ou se trouvait la gastrite ulcéreuse.

Malade agé de 53 ans, ouvrier spécialisé, se plaignant depuis 15 ans environ d'une douleur épigastrique survenant 2 à 3 heures après les repas. Le traitement anti-ulcéreux n'amène qu'une amélioration très légère. Pour cette raison en 1945 une gastroscopie a été pratiquée à l'hopital St Antoine (Dr.MOUTIER) Gastrite ulcéreuses du corps gastrique. En 1954 les douleurs augmentent d'intensité et ne cèdent pas à un nouveau traitement anti-ulcéreux. Différentes séries de clichés gastriques n'auraient jamais montré de lésion gastrique. Malgré un traitement bien suivi, les douleurs ne sont jamais disparues. Depuis un an, apparaissent un amaigrissement de 4 à 5 kg, une anorexie et une asthénie très intenses surtout depuis un à deux mois.

RADIO : Sur la dernière serie de clichés (octobre 1959) grosse niche de la petite courbure moyenne avec petites images de niche sus et sous-jacentes.

GASTROSCOPIE le 23 octobre 1959 (Dr. BOURDAIS).La partie basse est bien vue, sauf la petite courbure horizontale. La muqueuse de l'antre et du sphincter de l'antre apparait normale. En revanche dans le corps sur le versant postérieur de la petite courbure moyenne, on met en évidence une grosse ulcération à fond blanchâtre, à bords réguliers, située au centre de plis convergents et oedématiés. Cet aspect est en faveur d'un gros ulcère bénin .D'autre part, sur la partie basse de la petite courbure verticale et la face antérieure du corps on trouve plusieurs petites ulcérations dont l'une au moins sur la face antérieure apparait bien comme un véritable ulcère au centre de plis convergents. La palpation de la région épigastrique ne montre pas de rigidité. Par ailleurs il existe sur tout le corps gastrique une gastrite érythémateuse très marquée. (L'examen de la région cardiale montre une béance du cardia sans véritable hernie hiatale. La muqueuse du bas oesophage apparait normale).

Le malade est revu le 27 janvier 1960. Le traitement anti-ulcéreux a amené une disparition de la niche de la petite courbure moyenne. En revanche les signes cliniques ne sont pas complètement amendés.

RADIO. La dernière serie de clichés permet d'observer la disparition de la grosse niche antérieure.

2 ème GASTROSCOPIE par le Dr. BOURDAIS. Le 27 janvier 1960. La petite

.../...

courbure immédiatement sous-angulaire demeure cachée. Sur la face antérieure et de la petite courbure basse (zone où se trouvait la gastrite ulcéreuse) il existe une gastrite hypertrophique modérée avec en un point une petite ulcération visible entre les plis. L'examen du versant postérieur de la petite courbure moyenne où se trouvait l'ulcère montre une convergence des plis. Au centre de cette convergence existe une toute petite dépression dont le fond n'a pas été vu. Il existe une amélioration considerable par rapport au précédent examen.

Obs. 202 - Gastrite ulcéreuse antrale et fundique comportant des ulcérations de forme et de profondeur variées. L'une d'entre elles, sus-angulaire a franchement l'aspect d'un ulcère. Après deux mois de traitement anti-gastritique une seule ulcération persiste sur la face antérieure.

M. Q..., agé de 34 ans, souffre d'un syndrome ulcéreux typique évoluant depuis 1960. Au début périodicité assez tranchée, depuis 1957 les accalmies sont moins nettes avec persistance d'une intolérance gastrique. Aucune niche certaine n'a été mise en évidence. Les traitements médicaux sont de moins en moins efficaces. L'état général est médiocre. Perte d'une dizaine de Kg en un an.

RADIO. Sur les derniers clichés images irrégulières de la petite courbure sus-angulaire ; sous compression il semble exister une niche de l'angle.

GASTROSCOPIE le 7 février 1960. (Dr. HOUSSET). Au départ intolérance à l'air très vive, et, assez douloureuse. Lorsque le gastroscope est arrivé dans la région antrale l'intolérance à l'air à disparu. On découvre effectivement au niveau de l'angle plusieurs ulcérations de type gastritique; l'une plus importante que les autres siège sur la grande courbure. Elle est arrondie de 3 à 4 mm de diamètre, à fond recouvert d'un enduit pultacé, à bords rouges. Il existe vers ce cratère une convergence de deux ou trois plis. Dans la même région il existe des ulcérations moins importantes. Ces ulcérations sont également arrondies et entourées d'un liseré rouge. Lorsque l'on remonte le gastroscope, au-dessus de l'angle on découvre à nouveau deux ulcérations : l'une est ovalaire à grand axe vertical, elle parait peu profonde ; le fond est recouvert de l'enduit habituel; l'autre, plus haut, est nettement plus importante que les ulcérations précédemment vues : il s'agit véritablement d'un ulcère avec des bords bien réguliers et un fond blanc net. Par ailleurs l'examen de la face postérieure montre des phénomènes gastritiques intenses avec état mamelonné et surtout présence en plusieurs points de petites ulcérations en coup d'ongle légèrement hémorragiques.

Etude histologique de deux fragments prélevés entre 30 et 45 cm. C'est un fragment de muqueuse gastrique fundique. Le système tubulaire glandulaire, n'est pas sensiblement modifié. En revanche le tissu interstitiel est le siège d'une nette in lammation (congestion des vaisseaux, oedème superficiel, infiltration lympho-plasmocytaire, ilots lymphoïdes et enfin sclérose modérée commen-

.../...

çant à disloquer quelques bouquets glandulaires). C'est l'image d'une gastrite interstitielle subaiguë avec une légère tendance à l'atrophie. Le système épithélial est pratiquement respecté. (Pr. LAUMONIER)

Le malade est revu le 3 avril 1960 après avoir suivi un traitement anti-gastritique; il a repris environ 6 kg et va beaucoup mieux.

RADIO : Les derniers clichés sont normaux.

GASTROSCOPIE (Dr. HOUSSET). La muqueuse antrale a repris un aspect normal. Il existe une hyperkinésie antrale très marquée. Dans le corps de l'estomac on ne retrouve sur la face antérieure basse qu'une seule ulcération, un peu plus haut, l'estomac a une muqueuse assez fragile et saigne facilement.

Obs. 203 - Syndrome fonctionnel ulcéreux marqué par des périodes de durée brève. Multiples ulcérations fundiques superficielles dont une plus profonde située sur la face postérieure parait intermédiaire entre l'ulcération gastritique et l'ulcère.

M.D..., agé de 61 ans, comptable, consulte M. le Pr. DEBRAY le 6 février 1959 essentiellement pour des douleurs épigastriques survenues depuis six semaines. Le caractère saillant de ces douleurs est leur évolution par crises de durée brève, de 4 à 5 jours environ, et de survenue irrégulière; en dehors de cette modalité évolutive on ne note aucun fait adjacent significatif. Ces douleurs, d'horaire très variable, mais durant longtemps, jusqu'à plusieurs heures, sont calmées, ainsi qu'il est habituel, par la Belladone et le Bismuth, et elles s'accompagnent d'une diminution sensible de l'appétit.

En outre il existe des crises d'insomnie, pouvant coïncider avec les crises douloureuses mais qui ne sont pas toujours la conséquence de douleurs nocturnes; ces crises d'insomnie évoluent de façon très ancienne par périodes de plusieurs mois : trois périodes sont bien individualisées en 1937 1938 et surtout 1945. Actuellement le malade s'en plaint beaucoup, il dort en effet au maximum 6 heures par nuit.

Des troubles généraux s'adjoignent à cette insomnie, une asthénie d'une part, et d'autre part un amaigrissement modéré de 2 kg, étalé sur les 6 derniers mois - Le poids actuel étant de 53 kg (taille : 1 m 67). Le transit digestif est sensiblement normal néanmoins on note l'usage de laxatifs. Enfin la consommation d'alcool est nulle et celle du tabac est minime.

La recherche des antécédents précise l'ancienneté des crise douloureuses

.../...

épigastriques qui ont toujours été de durée brève dès leur apparition, et pour lesquelles on aurait déjà invoqué à St Antoine en 1946 comme étiologie un ulcère de la face postérieure de l'estomac.

d'autre part il faut mentionner une tuberculose pulmonaire survenue en 1917 relativement stabilisée, s'exprimant néanmoins par des hémoptysies espacées dont la dernière survenue en 1953 a été suivie d'un mouvement fébrile de 15 jours. Ces hémoptysies n'ont pas été l'occasion de traitement même la dernière.

L'examen clinique ne révèle aucun fait particulier.

En résumé syndrome ulcéreux atypique et modéré procédant par périodes brèves chez un ancien tuberculeux pulmonaire imparfaitement stabilisé.

Sur les RADIOGRAPHIES du 5 février 1954 il est possible de déceler des irrégularités de la petite courbure vert cale de type gastritique de même qu'un aspect irrégulier et effiloché de la petite courbure horizontale avec l'ébauche d'une image en oméga. On note des plis verticaux perpendiculaires à l'axe de l'antre.

Devant la discordance entre les données cliniques et radiologiques une GASTROSCOPIE s'impose donc ; elle est faite le 11 février 1954 par le Pr. DEBRAY et apporte les renseignements suivants.

Il existe une assez grande quantité de mucus épais dans l'estomac, et dans l'antre, la muqueuse est rouge, un peu irrégulière nettement enflammée. Le sphincter de l'antre est normal. Le corps de l'estomac est le siège d'une gastrite importante marquée par de gros plis rouges, irréguliers, non rigides portant ça et là de petites ulcérations superficielles très nettement visibles, l'une d'elles, sur la face postérieure près de la grande courbure, a même un aspect cratériforme, qui est intermédiaire entre celui d'une ulcération gastritique et d'un véritable ulcère. Cette lésion est extrèmement petite, elle a 2 mm de diamètre environ , son fond est blanchâtre, elle parait plus profonde que les ulcérations gastritiques habituelles. Un important dépôt de mucus sur cette face postérieure gêne l'examen. Rien n'est à noter sur la face antérieure et la région sous cardiale qui parait normale. La tolérance à l'air est normale. La muqueuse est fragile dans la partie inférieure, dans la zone gastritique. La sonde à biopsie détermine un petit saignement au point de contact.

En conclusion il s'agit d'une gastrite diffuse catarrhale congestive, ulcéreuse du corps de l'estomac. En somme antrite d'une part et d'autre part fundite ulcéreuse.

Deux PRELEVEMENTS BIOPSIQUES ont été faits : l'un des fragments est de type fundique. On y reconnait deux territoires différents. L'un d'eux est peu modifié, ses glandes sont riches en cellules bordantes, son chorion n'est pas inflammatoire, mais brusquement l'aspect se transforme ; on constate une importante sclérose interstitielle ponctuée par de petits amas lympho-plasmocytaires. Les glandes s'effacent dans cette partie de la préparation où elles prennent un aspect atrophique. Il s'agit d'un ilôt de gastrite interstitielle chronique avec atrophie. L'autre fragment appartient à la muqueuse antro-pylorique il est le siège d'une congestion intense associée à des hémorragies dans le chorion. Les

.../...

glandes sont intactes.

Pr. Ag. LAUMONIER.

Le traitement prescrit comporte Vitamine C, Atropine, Poudres alcalines association de belladone et de barbituriques.

Deux mois plus tard, le 24 avril 1954, après avoir reçu dix injections de Vitamine associée à l'atropine puis avoir fait un séjour à la campagne, les douleurs ont disparu sauf quelques douleurs nocturnes résiduelles épisodiques, le malade a repris 2 kg 500, le sommeil reste imparfait.
Le traitement est poursuivi avec adjonction de barbituriques.

Le malade revient consulter le 6 janvier 1955. Il avait ressenti une amélioration nette mais depuis trois semaines réapparition de quelques douleurs et surtout des troubles du sommeil.
Le traitement est alors repris. Dans l'ensemble néanmoins le résultat peut être considéré comme satisfaisant.

Obs. 204 - Gastrite ulcéreuse du sphincter antral comportant des ulcérations plus ou moins marquées, l'une d'entre elles a plus l'aspect d'un ulcère que d'une ulcération gastritique.

Malade âgé de 37 ans, souffrant depuis 13 ans de crampes et brûlures épigastriques.

RADIO. Petites irrégularités de la petite courbure angulaire.

GASTROSCOPIE le 21 juin 1958. Le sphincter de l'antre est très modifié. Sur le pilier antérieur épaississement de la muqueuse qui est rouge et couverte de petites ulcérations multiples. Une ulcération est plus importante au sommet de l'angle. Un peu au-dessus du sommet du pilier postérieur (versant postérieur de la petite courbure angulaire) on découvre une ulcération beaucoup plus importante grossièrement triangulaire, à fond blanchâtre à bords réguliers. Dans le corps de l'estomac, sur la face postérieure une gastrite hypertrophique très importante avec des plis énormes cérébroïdes, sur la face antérieure haute, gastrite atrophique très nette avec visibilité vasculaire.

Obs. 205 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse dont un élément sous-cardial pourrait être un ulcère. Une intervention un an plus tard trouve un ulcère du

.../...

canal pylorique et des ulcérations gastriques.

Malade agé de 40 ans, chauffeur, souffrant de douleurs épigastriques anciennes évoluant par crises de quelques jours calmées par les aliments. Une hématémèse s'est produite en 1945. La douleur a une irradiation postérieure, mais n'a pas d'horaire post-prandial net.

RADIO. Enraidissement discret de l'angle avec, sur certains clichés, un dégradé de la région sous-angulaire.

GASTROSCOPIE le 28 juin 1952. Très importante gastrite mamelonnée de la face postérieure remontant très haut avec mamelons de plus en plus gros vers le cardia et ça et là, petite ulcération de 2 mm à fond grisâtre non saignantes, de type gastritique. Il existe une ulcération plus importante sur la petite courbure sous-cardiale qui a 5 mm de haut sur 3 mm de large plus profonde et à fond blanchâtre (ulcération gastritique ou petit ulcère).La face antérieure est rouge.

Une gastrectomie est faite en octobre 1953 par le Pr. AMELINE trouvant un ulcère du canal pylorique et de petites érosions gastritiques. L'étude histologique confirme ces faits. Toutefois l'histologiste soupçonne en un point à distance faible de l'ulcère un début de transformation maligne in situ.

Obs. 206 - Gastrite hypertrophique et ulcéreuse du corps de l'estomac. Une ulcération sous-cardiale plus profonde peut constituer une forme de passage à l'ulcère de Cruveilhier. Nettoyage des lésions après 20 jours de traitement.

M.C..., agé de 43 ans, ajusteur est envoyé par le Dr. DUPUY le 5 juin 1948. Il souffre d'un syndrome ulcéreux depuis 20 ans. Les douleurs sont tardives survenant 5 heures après les repas. Une hématémèse s'est produite. Il a connu une longue période calme de 6 ans; mais actuellement depuis plus de 10 mois il ressent une sensation de plénitude post-prandiale précoce et une crampe plus tardive calmée par les aliments et le bismuth. Amaigrissement de 4 kg en 6 mois.

RADIO : Irrégularités très marquées de la petite courbure verticale.

GASTROSCOPIE. Gastrite hypertrophique et ulcéreuse extrêmement importantes : plis énormes, boudinés ; enchevêtrés avec sillons étroits remplis de salive et d'exsudat. Sur ces plis de très nombreuses ulcérations paraissent superficielles, volumineuses, 4 à 5 mm de diamètre, ou plus petites (2mm) irrégulières.

.../...

Ces lésions siègent dans tout l'estomac : face antérieure, grande courbure face postérieure, remontant très haut presque jusq'au cardia. On trouve à 3 ou 4 cm du cardia une ulcération plus profonde avec en un point une petite tâche hémorragique. Y a-t-il là un vrai ulcère ? La région antrale est restée fermée et n'a pu être examinée convenablement. L'estomac douloureux. Lac muqueux contenant de gros dépôts pultacés. Gastrite hypertrophique, oedémateuse et ulcéreuse de tout l'estomac. Possibilité de prolongation dans la profondeur des ulcérations.

Le 26 juin 1948. Le malade est revu après un traitement comprenant de l'atropine, des lavages d'estomac, l'administration de vitamine A, d'hydrolysats de protéine.

Le 2 ème examen est beaucoup plus facile et beaucoup moins douloureux que le précédent. Amélioration des lésions, disparition des ulcérations, diminution considérable de l'oedème. Persistance de la rougeur qui est diffuse. L'estomac a une teinte presque vermillon. Le sphincter antral est contracté. La lésion sous-cardiaque n'a pas été retrouvée.

Obs. 207 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse comportant deux ulcérations l'une des deux paraissant susceptible d'évoluer vers l'ulcère.

Malade éthylique et fumeur, agé de 45 ans, souffrant depuis trois mois, dans la matinée et dans l'après-midi, d'une sensation de faim douloureuse. Amaigrissement de 2 kg. Parfois gêne mal définie à la déglutition sans véritable dysphagie.

RADIO. Oesophage normal. Estomac : Irrégularités de la petite courbure verticale, réaction antrale et bulbe irrégulier. Oesophagoscopie avec l'appareil de EDER : l'oesophage est normal.

GASTROSCOPIE le 23 février 1957. Gastrite intense, diffuse de tout l'estomac, d'aspect mamelonné. La région antrale est moins atteinte que le reste de l'estomac. Dans le corps, sur la partie basse, aspect mamelonné extraordinaire avec hypertrophie des plis. On trouve une petite érosion dans la partie basse et un peu plus haut, sur la petite courbure dans la partie moyenne sur un mamelon une ulcération un peu plus importante, triangulaire, d'aspect plutot gastritique qu'ulcéreux mais douteux. L'aspect mamelonné fait place à mesure qu'on monte, à un aspect d'oedème et dans la région du cardia, l'oedème est intense, avec de gros plis un peu translucides sans érosion décelable. Il existe une minime hernie hiatale. Présence d'une quantité importante de liquide bilieux et épais dans l'estomac.

Traitement institué Vitamine C atropine, Belladone et jusquiame.

Obs. 208 - Gastrite mamelonnée du corps, accompagnée d'ulcérations considérées comme aphtoïdes, l'une d'entre elles plus profonde laisse un doute sur la possibilité d'un ulcère.

M.S..., agé de 26 ans, contremaître, a souffert une première fois en septembre 1951. Il souffre de nouveau depuis un mois et demi de brûlures trois heures après les repas durant un quart d'heure environ calmées par les aliments et les poudres.

RADIO. Spicules marqués de la petite courbure verticale et niche en cupule, petite de la petite courbure haute (ulcus possible).

GASTROSCOPIE le 3 avril 1952. Dans le corps de l'estomac sur toutes les faces, mais surtout sur la face postérieure, énorme gastrite mamelonnée avec ulcérations aphtoïdes nombreuses (7 ou 8 ont été vues) semées dans les dépressions séparant les mamelons, circulaires, ovalaires ou étoilées, non saignantes, à fond blanchâtre pseudo-membraneux, ayant 2 ou 3 mm de diamètre. La gastrite remonte jusqu'au cardia. Il n'y a pas d'ulcère certain, pourtant sur la petite courbure haute, ulcération peut-être un peu plus profonde. Lac muqueux très important avec liquide épais. (Hypersécrétion muqueuse)

Conclusion : Intense gastrite ulcéreuse de tout le corps surtout sur la face postérieure. Un doute persiste en gastroscopie sur la possibilité d'un ulcère vrai associé.

Obs. 209 - Ulcérations sur la face postérieure du corps de l'estomac de profondeurs inégales dont une parait intermédiaire entre l'ulcération gastritique et l'ulcère.

Mme L..., agée de 23 ans souffre depuis huit ans de douleurs épigastriques par périodes de durée très variable parfois brèves de quelques jours parfois atteignant un mois. L'horaire des douleurs est très irrégulier et l'influence des repas ne ressort pas à l'interrogatoire.

RADIO : Irrégularité de la petite courbure sous cardiale avec aspect à peine saillant en tonalité dégradée ne donnant pas l'impression d'une niche. Irrégularités de la petite courbure antrale.

GASTROSCOPIE le 26 décembre 1947. Sur la face postérieure et la petite courbure, sur toute la hauteur du corps de l'estomac, présence d'ulcérations très nombreuses, superficielles, irrégulières, à fond blanchâtre, certaines sont plus profondes. L'une, sur la face postérieure moyenne, à bords un peu froncés, parait être en voie de transformation ulcéreuse, quelques pétéchies.

Obs. 210 - Exemple de passage de la gastrite ulcéreuse à l'ulcère en dépit d'un traitement médical bien suivi. Une gastrectomie large a été nécessaire permettant une étude anatomo-pathologique approfondie, le résultat de cette intervention qui avait trouvé un ulcère en voie de perforation est excellent.

Mme D...., malade personnelle du Pr. DEBRAY, agée de 64 ans, consulte le 16 mars 1954. En février 1953 elle a eu des sensations vertigineuses qui ont duré quelques semaines, s'accompagnant d'une diminution de l'appétit et de nausées. En juin 1953 sont survenues des douleurs épigastriques à type de crampes se produisant de façon quotidienne vers 10 heures 1/2 du matin et 3 heures 1/2 de l'après-midi, respectant la nuit; ces douleurs étaient calmées par les aliments mais non pas les alcalins, elles ont persisté jusqu'au moment de la consultation sans période d'interruption. L'amaigrissement atteint 6 kg en 1 an, le poids étant passé de 50 à 44 kg pour une taille de 1 m 60. Les consommations de tabac et d'alcool sont nulles. L'examen clinique ne mentionne qu'une scoliose dorsale chez une malade amaigrie.

RADIO : Il existe des images gastritiques de la petite courbure verticale, mais aucune niche franche n'est décelable : Sur un cliché seulement une petite raideur de l'angle est trouvée. Bulbe duodénal irrégulièrement opacifié sans niche visible. Cholangiographie orale normale.

GASTROSCOPIE le 17 mars 1954 (Pr. DEBRAY) Passage de la sonde de Camus sous écran radiologique. Passage facile. Pas de spasme au cardia. On ne retire pas de liquide, bien que la gastroscopie montre, par la suite, qu'il en existe une certaine quantité dans le bas-fond. Passage du gastroscope facile. Tolérance à l'air normale. Pas de fragilité muqueuse. La partie basse de l'estomac parait normale. Les contractions antrales sont faibles, mais régulières et aboutissent à un pylore qui parait normal. Le sphincter de l'antre est également régulier, mince, normal. Il ne semble donc pas qu'il y ait d'antrite gastroscopiquement décelable. En revanche, dans le corps de l'estomac existent des lésions considérables rarement rencontrées à ce degré. En effet les deux face de l'estomac présentent une grande quantité d'ulcérations superficielles de type gastritique . Ces ulcérations sont à peu près également réparties. Elles sont peut-être un peu plus nombreuses sur la face postérieure. Toutes ces ulcérations ont à peu près les mêmes caractères. Elles sont de dimensions variables, de 2 ou 3 mm jusqu'à presque 1 cm. Leur forme, pour les petites, est régulièrement circulaire, pour les grandes, elle est irrégulière, avec une forme tantôt allongée, tantôt fissuraire, tantôt étoilée. Le fond des ulcérations est d'un blanc mat, couleur due à l'existence d'une fausse membrane dont l'épaisseur est variable selon les points. L'ulcération est peu profonde et les bords sont en pente douce. Autour de l'ulcération, il existe une zone inflammatoire qui, étant donné le nombre des ulcérations gastritiques, recouvre la presque totalité de la muqueuse gastrite restante. Les ulcérations siègent tantôt sur des plis, tantôt dans des sillons, sans aucune prédominance. En certains points existe peut-être une convergence des plis, mais ce n'est pas certain. Le nombre des ulcérations visibles a été d'une bonne quinzaine. Il est possible que certaines d'entre elles soient inaperçues, cachées dans le lac muqueux et bilieux assez abondant qui recouvrait le bas fond. Il ne semble pas qu'il y ait de rigidité autour des zones ulcérées.

Il faut signaler que deux de ces ulcérations ont un aspect un peu particulier. Elles siègent sur la partie basse de la face postérieure, près du sphincter de l'antre. Elles sont nettement plus profondes que les précédentes. Elles ont, pour la première, 2 ou 3 mm, pour la deuxième 1 bon demi centimètre de diamètre. Leurs bords sont un peu ourlés. Il y a là un aspect qui est intermédiaire entre l'ulcération gastritique et l'ulcère vrai. Ces deux ulcérations sont particulièrement à surveiller, car il est possible qu'elles évoluent un jour ou l'autre vers un ulcère. Si le corps est considérablement touché, la région sous-cardiale est à peu près indemne. C'est tout au plus si l'on trouve sur la face antérieure une petite tache blanche qui n'est pas, en toute certitude, une érosion.

Conclusion : Gastrite ulcéreuse extrêmement intense, avec ulcérations très nombreuses siégeant dans tout le corps de l'estomac. Deux ulcérations de la face postérieure, un peu plus profondes. Antre normal. Etant donné l'importance et le nombre des ulcérations gastritiques et la presque négativité de l'examen radiologique, la surveillance de cette malade devra être faite surtout par la gastroscopie.

Trois prélèvements biopsiques sont faits sous écran dans le corps de l'estomac. Compte-rendu histologique : Un premier fragment appartient à l'oesophage. Il est normal. Le deuxième fragment superficiel contient des glandes en tube contourné, séparées par un chorion très inflammatoire riche en plasmocytes, avec des vaisseaux congestionnés. Ce fragment appartient probablement à la région antro-pylorique. Le troisième fragment contient des glandes de nature identiques a celles du précédent avec une érosion qui atteint presque la muscularis mucosae. On retrouve la même infiltration palsmocytaire. Ce sont les caractères d'une gastrite subaiguë sans caractere histologique particulier.

(Pr. Ag. LAUMONIER)

Un traitement comportant des injections de Vitamine C à hautes doses et d'Atropine, de la poudre alcalino-bismuthée et de la réglisse est prescrit.

La malade est revue le 26 mai 1954, 13 jours après la fin du traitement elle avait été nettement améliorée par le traitement : les douleurs avaient diminué sans toutefois complètement disparaitre, le poids était remonté de 2 kg 300. Mais au début du mois de mai sont survenus des vomissements avec chute de l'appétit et nouvelle tendance à l'amaigrissement sans accentuation des douleurs.

Une seconde GASTROSCOPIE est faite (Pr. DEBRAY) Passage de la sonde de Camus sous écran radiologique. Passage facile. Pas de spasme au cardia. On retire 100 cc environ de liquide jaunâtre, bilieux, non fétide. Passage du gastroscope facile. Tolérance à l'air normale. Pas de fragilité muqueuse. Dans l'antre, la muqueuse est un peu rouge avec, dans la région prépylorique sur la grande courbure, une petite saillie un peu plus rouge, qui n'est peut-être qu'un léger épaississement de la muqueuse, mais qui, à la rigueur, pourrait être un petit polype sessile. Le sphincter de l'antre est normal. Dans la partie basse du corps, existe, comme précédemment, de nombreuses ulcérations. Certaines sont superficielles, mais assez étendues, à bords étoilés, à fond d'aspect glaireux. D'autres, en particulier sur la face postérieure basse et l'antre sur la grande courbure basse sont nettement ulcérées, avec des bords ourlés assez réguliers de 1/2 à 1 cm de diamètre. On décèle dans cette région une dizaine de ces ulcérations détergées ou non. Surtout, à la partie moyenne du corps de l'estomac, sur la face postérieure près de la petite courbure, existe une volumineuse ulcération, irrégulière, de 2cm de diamètre, présentant un prolongement vers ...
.../...

la face postérieure. Cette ulcération est profonde. Elle a un fond sale, présentant des points hémorragiques. Ses bords sont très saillants, oedémateux. L'ensemble de l'ulcération parait ainsi porté par un gros oedème inflammatoire. L'ensemble de la lésion parait avoir 4 ou 5 cm de diamètre. Le centre de l'ulcération siège à 5 cm du cardia. La lésion est presque au contact de l'objectif, étant donné sa forte saillie. Il n'y a pas de raideur appréciable gastroscopiquement au niveau de cette lésion importante. L'oedème est extrêmement marqué. Sur la face antérieure, en face de l'ulcération précédente, existe une ulcération plus superficielle de 2 cm de diamètre, qui est probablement une lésion en kissing En effet, une fois l'estomac vidé d'air, les deux ulcérations sont presque en contact. La région sous-cardiale parait sensiblement normale.Il existe de nombreux dépôts pultacés dans le bas-fond gastrique.

Conclusion : Volumineuse ulcération profonde de la face postérieure moyenne près de la petite courbure, ulcération qui n'a pas les caractères typiques d'un ulcère de Cruveilhier. Persistance d'autre part de nombreuses ulcérations de type gastritique dans le corps de l'estomac. Antrite érythémateuse discrète.

Devant cette aggravation des lésions sous traitement médical, une intervention chirurgicale est alors décidée, celle-ci est faite par le Pr. HEPP le 17 juin 1954 : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Paroi très mince avec une petite hernie épigastrique. L'estomac est d'aspect extérieur normal et de consistance normale dans la région antro-pylorique. En revanche au niveau de son corps, la face postérieure est épaissie et adhère en arrière au pancréas. On découvrira là un ulcère en voie de perforation dans le tissu pancréatique mais non encore perforé. Il y a de grosses adénopathies au niveau de la coronaire stomachique. Quelques ganglions dans le ligament pastrocolique. Le duodénum est parfaitement indemne et long, d'une très grande mobilité qui permettra facilement un rétablissement gastro-duodénal après une gastrectomie large. Gastrectomie large des 3/4 environ. L'estomac n'est pas clampé et ouvert, on se rend très nettement compte de la limitation des lésions et l'on coupe à la limite de la gastrite et au-delà de l'ulcère à 2 cm environ. La partie restante de l'estomac qui comprend la grosse tubérosité a une muqueuse d'aspect normal et souple. On fait une anastomose gastro-duodénale avec points d'appui gastro-pancréatiques, anastomose toute entière à points séparés en deux plans séro-séreux au fil de lin, totaux inversés au catgut. L'épiploom est rabattu sur la région opératoire et l'on place deux penrose, un au bord inférieur et l'autre au bord supérieur de l'anastomose gastro-duodénale. Fermeture de la paroi au nylon. A noter que la coronaire stomachique a été liée au niveau de son origine afin de prélever les ganglions développés à ce niveau pour l'examen histologique.

Examen macroscopique de la pièce opératoire : " L'aspect de la pièce est exactement celui décrit à la gastroscopie. Dans l'antre, il n'y a rien ; pas de polype. Dans le corps, les ulcérations sont très nombreuses, de plus en plus nombreuses, de plus en plus profondes à mesure que l'on remonte vers le cardia. Sur la face postérieure, à 1 cm de la petite courbure, juste à la limite de la section, existe une ulcération de 1 cm de diamètre de forme losangique dont le bord gauche présente un prolongement qui est cerné par deux gros plis, ulcère profond dont les bords descendent en pente douce jusqu'à la profondeur maxima. L'aspect est différent de l'ulcère ordinaire qui est en puits. Le fond présente un point hémorragique dans sa partie supérieure. Autour de lui oedème moins important sur la pièce qu'en gastroscopie. Au palper : induration de la base de

.../...

l'ulcère, qui se traduit sur la face péritonéale par une zone hémorragique et de l'oedème. Sur la face antérieure, existe la deuxième ulcération, plus superficielle, en kissing, qui a 1/2 à 1 cm de diamètre et qui est recouverte d'une fausse membrane que l'on peut soulever. Par ailleurs, un très grand nombre d'ulcérations (une bonne dizaine), et dont l'aspect est variable, tantôt ulcération vraie, entamant franchement la muqueuse, sans raideur sous jacente, plutot allongées dans le sens transversal ayant jusqu'à 1 cm 1/2 de diamètre à bords nets et dont le fond est soit pseudo-membraneux, soit détergé ; d'autres ulcérations sont plus petites, ayant les mêmes caractères d'évolutivité. D'autres paraissent plus superficielles, donnant l'impression d'être en voie de guérison. La muqueuse entre les ulcérations parait mamelonnée. Sur les faces, les plis sont épais, oedèmateux, avec une muqueuse paraissant mamelonnée. Sur la petite courbure du corps et de l'antre, aspect mamelonné, paraissant hémorragique.

A noter encore : dans la partie haute du corps un aspect hémorragique qui est probablement du à la manipulation chirurgicale. Pas d'adénopathie décelable sur la face péritonéale. La note hémorragique est nette dans la partie supérieure. La séreuse parait épaissie dans la partie inférieure.

En somme : Ulcère de la face postérieure haute en cupule, avec lésion en kissing. Gastrite ulcéreuse intense, jamais rencontrée à ce degré. L'ulcère est manifestement l'évolution en profondeur des ulcérations précédentes (car tous les intermédiaires sont retrouvés). Antrite mamelonnée. Importance des phénomènes oedémateux et hémorragiques.

Prélèvements : Section transversale de la partie haute de la petite courbure comprenant : Ulcère de la face postérieure. Ulcération en kissing. La section confirme l'existence au niveau de l'ulcère de la section de la musculeuse et la base fibreuse sous-ulcéreuse ; gros oedeme de la sous-muqueuse sur la petite courbure et sous l'ulcération en kissing. Prélèvement d'une ulcération de la petite courbure, perpendiculaire à l'axe de l'estomac. La coupe a été faite perpendiculairement à l'ulcération (dans le grand axe gastrique). L'ulcération parait profonde et a presque sectionné la muqueuse. Prélèvement longitudinal sur la face antérieure de deux ulcérations. Prélèvement dans l'antre, perpendiculairement, dans une zone présentant l'ulcération la plus inférieure. Prélèvement antral, prépylorique, dans une zone paraissant tout à fait saine.

Etude Histologique : Coupe n°1 : Le premier fragment appartient à une région de type histologique fundique, avec des glandes tubuleuses contournées. La partie centrale est creusée par une large et profonde ulcération. La périphérie de celle-ci est marquée par une zone hyperplasique dessinant des villosités qui ressemblent à celles de la muqueuse intestinale, mais sans métaplasie vraie. L'ulcération, large de 2 cm, comprend 3 parties distinctes : Dans la moitié environ de son étendue, le fond est encombré par des débris nécrotiques, tandis que l'autre moitié est réépithélialisée, soit par simple pousse d'un épithélium cubique à la surface de la sclérose, soit par formation de quelques bouquets de végétation ; la troisième partie forme la jonction avec la muqueuse périphérique : à ce niveau, la muqueuse est abrasive et limitée par une mince languette contenant des glandes rudimentaires, séparées par un tissu granulomateux. La sclérose sous-ulcéreuse est abondante, organisée (collagène) et mutilante, comme dans un ulcère chronique. Mais elle n'efface pas complètement l'architecture musculaire puisque des faisceaux atrophiques forment une armature continue à ce niveau. Ils contiennent des filets et des ganglions nerveux du plexus d'Auerbach, très modifiés par les phénomènes névritiques et dégénératifs. Enfin, les vaisseaux ont une structure très variable,

.../...

allant de l'architecture normale, à l'endartérite, avec des aspects évoquant des segments d'arrêt. A la périphérie de la perte de substance, la muqueuse est le siège d'une inflammation interstitielle nette, avec infiltration lymphoplasmocytaire. En même temps, se développe un réseau capillaire abondant entre les glandes

En somme : Cette lésion a les caractères d'un ulcère chronique de Cruveilhier en poussée évolutive récente, marquée par la présence d'un foyer nécrotique, mais avec ébauche de réparation par épithélialisation. Il est notable que la périphérie de cet ulcère est tout à fait identique aux érosion retrouvées dans les autres prélèvements.

Coupe n° 2 : Ce fragment offre un aspect schématique : La muqueuse de la partie centrale du prélèvement a un aspect ombiliqué, déterminé par son aplatissement extrême sur un diamètre de 5 à 6 mm, tandis que la muqueuse environnante garde une épaisseur normale. La zone ombiliquée correspond à l'ulcération observée macroscopiquement. En réalité, ce n'est pas une ulcération vraie, ni même une exulcération, mais une simple érosion de la muqueuse, dont la partie profonde est encore représentée par ces culs-de-sac glandulaires, séparés par un chorion très inflammatoire, richement vascularisé. Sous cette érosion, la musculaire muqueuse est intacte ; il n'existe pas de lésion de la sous-muqueuse, dont les vaisseaux ont une morphologie normale, ni de la muqueuse. La muqueuse qui entoure l'érosion est de type fundique ; elle est le siège d'une gastrite interstitielle discrète.

Coupe n° 3 : Deux érosions ayant les mêmes caractères que l'érosion précédente, y sont observées. Mais sous l'une d'elles, s'ébauche une réaction scléreuse jeune de la sous-muqueuse, sans atteindre la musculeuse, avec présence de nombreux vaisseaux (et surtout de veines) dilatés. Autour de ces érosions, la muqueuse est de type fundique et reste peu modifiée.

Coupe n°4 : L'érosion observée dans ce fragment présente quelques caractères supplémentaires : sa partie superficielle est en cours de nécrose, on observe en effet des altérations de l'épithélium de revêtement, qui se gonfle puis desquame en même temps que se produit une exsudation fibrineuse avec diapedèse de leucocytes éosinophiles.

Coupe n° 5 : Toute cette région est de type antropylorique. Elle n'est pas normale : le chorion est en effet infiltré par de multiples amas de cellules lymphoplasmocytaires, disjoignant les glandes et traduisant une gastrite interstitielle intense.

Le Pr. LAUMONIER note la ressemblance des lésions et surtout des érosions observées ici avec certaines érosions constatées dans la région antrale au cours de l'ulcère de Shay.

La malade est revue le 25 octobre 1954. Son poids au moment de l'opération était de 38 kg 500, il est actuellement de 42 kg. Elle a un appétit normal, ne souffre plus. Une diarrhée légère de deux selles par jour est signalée, elle n'a pas de dumping syndrom. Un traitement de Vitamine B 1 et B 12, d'extrait de foie, est prescrit.

Un examen radiologique est fait le 5 juillet 1954 montrant un oesophage distendu, une bouche anastomotique d'aspect normal, un moignon petit, pas de signes de jéjunite.

Le 23 juin 1955 elle a repris son travail depuis 1 mois ne se sent pas fatiguée, pèse 49 kg, n'accuse aucun trouble digestif.

.../...

Le 3 décembre 1936. A la suite d'un surmenage, elle avait perdu 5 kg, atteinte de plus d'une affection saisonnière elle a du suspendre son travail, mais elle ne signale aucun fait nouveau du point de vue digestif. Le bon résultat de l'intervention se confirme donc.

Obs. 211 - Gastrite ulcéreuse récidivante en dépit du traitement médical avec constitution d'un ulcère vrai. Gastrectomie.

Mme P..., agée de 31 ans, est adressée au Pr. DEBRAY en septembre 1947. Elle se plaint de brûlures gastriques post-prandiales survenant 2 heures après les repas depuis 1 mois. Ces brûlures sont calmées par les alcalins et la prise d'aliments. Les crudités, les graisses cuites, le vinaigre sont mal supportés.

Sur les RADIOGRAPHIES on note une petite niche de l'angle.

Le GASTROSCOPIE est faite le 20 septembre 1947 à l'hopital Vaugirard par le Pr. DEBRAY. L'estomac est très intolérant à l'air au début de l'examen. Il n'y a pas d'ulcération décelable au niveau de l'angle. Le sphincter de l'antre est à peu près normal, il faut signaler cependant qu'il est très peu marqué et que le pilier antérieur n'est pas visible. La face postérieure de la partie angulaire et sus angulaire du corps est saillante, irrégulière et porte quelques ulcérations superficielles. L'une de ces ulcérations est intermédiaire entre une exulcération et un ulcère vrai. Elles sont de forme irrégulière recouvertes d'un dépôt blanchâtre (trois seulement ont été vues). Toute cette région est oedémateuse. Noter encore que la face antérieure de l'antre tout près du sphincter forme une saillie presque hémisphèrique quand l'estomac est aux 3/4 vidé comme s'il y avait là une petite tumeur bénigne de la dimension d'une petite bille. Liquide du bas-fond sanglant.

Conclusion : gastrite ulcéreuse de la partie basse de la face postérieure du corps.

La biopsie de muqueuse gastrique donne les résultats suivants :

1°) La coupe de la région pylorique n'intéresse pas directement l'ulcère mais on y observe les lésions juxta-ulcéreuses habituelles : épaississement de la sous-muqueuse, hypertrophie de la musculeuse, dissociation de la muscularis mucosae par un tissu conjonctif jeune. Le chorion est très riche en cellules inflammatoires dont beaucoup sont éosinophiles. La muqueuse présente plusieurs érosions identiques à celles du corps de l'estomac.

2°) La coupe passant par les érosions médio-gastriques, montrent que celles-ci consistent en des zones d'atrophie de la muqueuse, avec un chorion très riche en cellules mono et polynucléés. De part et d'autre des érosions, on observe

.../...

une hyperplasie presque oedémateuse des glandes de type pylorique. Enfin, à ce niveau la sous-muqueuse est infiltrée par un tissu de sclérose collagène. Toutes ces altérations font penser à l'existence antérieure à ce niveau d'une ulcération actuellement réparée. Le diagnostic de gastrite ulcéreuse avec ulcération à divers stades évolutifs est donc confirmé par l'étude histologique.

3°) La biopsie hépatique ne montre aucune altération tant au niveau du tissu interstitiel que dans le parenchyme.

La malade est revue le 10 février 1948. Elle ne souffre plus, quelques lourdeurs épigastriques avec nausées et régurgitations aqueuses persistent néanmoins. L'aspect irrégulier de l'angle a été amélioré par le traitement à base de collargol.

Une nouvelle GASTROSCOPIE le 21 juillet 1948 ne montre plus d'ulcération. Persistance de rougeur diffuse et d'oedème des piliers. Pas d'ulcère décelable (examen correct) dans l'antre et sur l'angle. Estomac hypertonique et hyperkinétique. Tolérance à l'air faible. Gastroscopie douloureuse.

Le 28 mai 1949. Après amélioration de quelques mois, reprise des douleurs journalières calmées par l'alimentation, et des nausées. Amaigrissement de 2 kg en 3 mois. Gastroscopie très douloureuse (grande nervosité de la malade) Hypersalivation, présence de 20 cc de liquide grisâtre. Antre et pylore normaux. Sur le sphincter de l'antre, sur le pilier antérieur très oedématié, petite ulcération superficielle, étoilée, horizontale, marquée simplement par une coloration blanche dans une dépression. Ailleurs pas d'ulcération visible, mais gastrite diffuse érythémateuse avec dépôt salivaire important.

Conclusion : Petite ulcération de l'angle avec oedème, gastrite érythémateuse diffuse.

En septembre 1949. Aucune amélioration n'est obtenue par le traitement médical. L'amaigrissement atteint 6 kg depuis 8 mois.

A l'examen radiologique angle souple. Pas d'ulcère visible. Pylore anglé

Gastroscopie douloureuse (spasme, salivation, étouffement) Petit ulcère exactement angulaire superficiel de 4 mm circulaire à bords finement tracés et un peu rouges rigidité très nette au passage des ondes péristaltiques. L'antre est normal. Le pylore reste constamment ouvert. Sur le corps existe un certain nombre de minimes ulcerations 1 à 2 mm de diamètre très superficielles à fond blanc arrondies (pas d'aspect en ventouse de poulpe) Ulcérations siègeant quelque fois sur les crêtes, plus souvent entre les plis.

Conclusion : gastrite ulcéreuse compliquée d'ulcère. A gastrectomiser.

Le 20 septembre 1949. Gastrectomie par le Pr.ROUX.
Incision médiane sus-ombilicale. Estomac et duodénum libres parfaitement mobiles. Il existe bien un ulcère face antérieure, sillon pylorique. Gastrectomie Finsterer. Drain sous hépatique. Biopsie du foie. Ouverture de la pièce. Ulcère du sillon

.../...

pylorique, hypertrophie du pylore (myome). Ulcère souple de l'angle. 2 ou 3 autres ulcérations plus petites et également souples. Muqueuse plate sans nodosité notable au niveau de la petite courbure.

Obs. 212 - Antécédents d'ulcus bulbaire. Gastrite mamelonnée. Persistance des troubles sous traitement médical. Gastrectomie 3 mois plus tard : ulcère du versant duodénal du pylore, gastrite antrale en ventouses de poulpe, dont une ulcération est d'aspect intermédiaire entre l'ulcération gastritique et l'ulcère à l'examen histologique.

M.B..., agé de 44 ans, manoeuvre spécialisé de la SNCF a été vu par le Pr. DEBRAY le 4 février 1955 alors qu'il venait d'être opéré dans le service du Pr. -PATEL- pour la perforation d'un ulcère duodénal. Une suture simple de l'ulcère a été faite à la 12è heure, les suites en furent simples et l'hospitalisation a duré 10 jours. Il souffrait depuis plusieurs années par périodes de un mois, les douleurs étant peu caractéristiques hormis cette périodicité. On note que ce malade est fumeur et peu tempérant. Il avait eu une appendicectomie pour une appendicite subaiguë authentique en novembre 1954 toujours dans le même service, et cet antécédent explique que le chirurgien lors de l'intervention d'urgence ait d'abord cherché l'origine des troubles dans le secteur sous ombilical ainsi qu'en témoigne l'étendue de la cicatrice.

Après une convalescence de quelques mois le malade se plaint de nouveau de douleurs mal caractérisées d'abord de siège para-ombilical puis plus nettement latéral dans les hypocondres et les flancs avec une prédominance gauche qui retient l'attention.

En juin 1955 des RADIOGRAPHIES gastriques et vésiculaires sont faites. Elles montrent un bulbe duodénal irrégulier sans aspect ulcéreux, un aspect du troisième duodénum évocateur d'une compression dont la cause en admettant sa réalité parait très obscure et d'autre part un calcul vésiculaire unique coralliforme sans trouble apparent de la voie biliaire principale.

Parmi les hypothèses formulées quant à l'origine de ces troubles persistants, celle d'une pancréatite peut-être conjointe à un dysfonctionnement oddien radiologiquement invisible retient l'attention.

Néanmoins en raison d'une note gastritique l'information supplémentaire d'une gastroscopie est demandée.

GASTROSCOPIE : Examen difficile en raison des dents du malade. Exploration à peu près complète sauf pour la petite courbure angulaire.

La partie basse est rouge avec d'assez gros plis.

Dans le corps de l'estomac, on note une gastrite hypertrophique très importante ses plis sont séparés par des zones ou la muqueuse est mamelonnée.

Il n'a pas été possible de mettre en évidence une ulcération ou une néoformation.

.../...

La région sous-cardiale est rouge sans autre anomalie décelable.

Conclusion : Gastrite hypertrophique et mamelonnée importante du corps de l'estomac. Pas d'ulcération gastroscopiquement décelable.

25 novembre 1955.

En dépit d'un traitement anti-gastritique le malade continue de se plaindre: en raison de l'absence d'explication sur de nouveaux documents radiologiques une laparotomie exploratrice est proposée.

L'intervention par le Dr. CHAILLIN le 18 février 1956 trouve une anse grêle profondément incarcérée dans une brèche expliquant une partie des troubles. D'autre part une cholecystotomie permet l'ablation du calcul et la mise en place d'une sonde de Pezzer. Enfin l'exploration trouve des lésions inflammatoires pyloriques avec adhérence au plan postérieur et infiltration du petit épiploon. Après libération de l'estomac et du duodénum une gastrectomie large avec anastomose gastroduodénale du type Péan est faite. Enfin un contrôle radiologique des voies biliaires est fait par la sonde de Pezzer ; celle-ci se confirme normale, un drain sous hépatique est posé.

Les suites opératoires sont excellentes : ablation du drain le 7è jour, ablation de la sonde de Pezzer le 10è jour après fermeture temporaire et cholangiographie de contrôle. Le malade sort le 14è jour.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire est fait par le Pr. LAUMONIER.

Etude macroscopique : les lésions se développent dans l'antre avec un maximum dans la région prépylorique et pylorique. On constate juste au niveau du pylore, sur le versant bulbaire, une ulcération étroite (6mm) mais profonde, à fond escarrotique. Elle est entourée par un bourrelet peu saillant, elle est située sur la petite courbure.

On trouve immédiatement en amont de la précédente lésion une plaque située sur la face postérieure mesurant 4 cm de largeur et 2 cm de hauteur. Elle comporte plusieurs excavations sans caractère ulcéreux, mais séparées par des replis épais. Enfin le reste de la muqueuse antrale a un aspect un peu mamelonné sans congestion ni ulcération. L'aspect macroscopique évoque avant tout une association d'ulcère bulbaire et antro-pylorique. La première de ces lésions est certainement de nature bénigne, mais l'aspect de la série d'érosions antro-pyloriques ressemble à certains épithéliomas muco-érosifs.

Etude histologique - L'étude microscopique a permi de retrouver les deux zones pathologiques décrites macroscopiquement.

1°) Le foyer situé sur le versant bulbaire du pylore comporte une ulcération étroite, encore dénudée au niveau de son fond qui est encombré par quelques amas nécrotiques; mais la perte de substance est en partie comblée par une réepithélialisation en franges grêles et saillantes bien vascularisées. Le fond de la lésion est formé par une sclérose mutilante qui interrompt les différentes tuniques et qui renferme de nombreux néo-capillaires. La sous-séreuse

.../...

située en regard de cette lésion, subit des phénomènes apoplectiques avec érythropédèse. Sur les bords de l'ulcère, la muqueuse bulbaire a un système glandulaire brunnerien hyperplasique ; son chorion est nettement infiltré par des cellules inflammatoires. Ce sont donc les caractères d'un ulcère bulbaire, au décours d'une poussée évolutive.

2°) La zone mamelonnée constatée sur le versant gastrique de l'antre a une muqueuse d'épaisseur inégale, faite de zones infiltrées de leucocytes alternants avec des territoires minces. On rencontre en un point une minime exulcération, dénudant le chorion et la sous-muqueuse. Le fond est également nécrobiotique, tandis que les bords sont faits de franges de réépithélialisation. Ce sont donc bien des signes d'une gastrite mamelonnée, érosive avec un petit ulcère, n'entamant que les plans superficiels et marqué en profondeur par une sclérose de la sous-muqueuse. Aucun indice de malignité n'a été observé dans les différentes coupes examinées.

On remarquera que cette description associant un ulcère franc à des ulcérations antrale plus ou moins développées en profondeur se rapproche de celles de Konjetzny et de Thompson. D'autre part la description de la gastrite mamelonnée et érosive évoque l'aspect des gastrites en ventouses de poulpe et les lésions peuvent être considérées de ce type précis. (P. DEBRAY) Nous aboutissons donc à la coexistence d'un ulcère pyloro-duodénal associé à une gastrite en ventouses de poulpe antrale dont un élément est intermédiaire entre l'érosion gastritique et l'ulcère, le fond de cette ulcération se situant à hauteur de la sous-muqueuse.

Quelques troubles dyspeptiques, une asthénie marquée ont été notés ultérieurement dépendant en partie d'une sinistrose mais aucun déséquilibre protidique, ni aucun dysfonctionnement de l'anastomose vérifiée par un examen radio cinématographique n'ont été retrouvés.

OBSERVATIONS D'ULCERE SUCCEDANT A UNE GASTRITE ULCEREUSE DANS UN TEMPS ALLANT DE UN MOIS A PLUSIEURS ANNEES.

Obs. 213 - Première gastroscopie : Gastrite ulcéreuse du sphincter antral, au cours d'une seconde gastroscopie un mois plus tard ulcère isolé sur le pilier antérieur confirmé par une troisième gastroscopie à un mois d'intervalle. Gastro-entérostomie. Quelques temps plus tard des ulcérations gastritiques sont vues dans la partie sus-anastomotique de l'estomac.

M.G..., agé de 49 ans, employé de maison privée, souffre de brûlures épigastriques survenant 3 à 4 heures après les repas et se prolongeant jusqu'au repas suivant qui calme la douleur. Ces troubles durent depuis 3 mois sans périodicité nette. Quelques vomissements aqueux se sont produits.

RADIO.- Un peu de liquide résiduel. Après phase d'hyperpéristaltisme, phase d'atonie. Région pré-pylorique non dilatée. Aspect de gastrite inflammatoire et hypersecrétante.

GASTROSCOPIE le 20 juin 1936. La partie supérieure de l'estomac est d'aspect normal mais la région antrale présente des lésions manifestes. Saillie extrêmement marquée du pilier antérieur (1 cm environ) au-dessus du reste de la muqueuse, saillie paraissant due plus à la contraction musculaire qu'à un oedème du pilier. Sur le pourtour de l'arche que forment les piliers se voit une série d'ulcérations superficielles linéaires ou ovalaires (mais à ovale très allongé) d'où sourd une rosée sanglante. Dans le canal antral lui-même existent très probablement des lésion analogues en plusieurs points, en effet, surtout sur la face antérieure, on voit un aspect dépoli de la muqueuse, mais l'examen de cette région est rendu difficile par l'existence de dépôts blancs de bismuth venant d'être ingéré. Le lac muqueux est abondant.

Le 25 juillet seconde gastroscopie. Le malade n'a pas souffert pendant 5 jours grâce au traitement par les anti-acides et collargol, mais depuis 8 jours reprise des douleurs très violentes rythmées par les repas. Les lésions constatées à ce deuxième examen ne ressemblent en rien à celles observées un mois auparavant. Sur la face antérieure, à environ 1/2 cm de la petite courbure, exactement au niveau du pilier antérieur (à 12 cm du cardia), existe un ulcère ovalaire, allongé perpendiculairement à la direction du pilier antérieur qui est entaillé par lui (c'est-à-dire ulcération allongée parallèlement aux plis normaux) de 1,5 à 2 cm de long sur 1 cm de large. Le fond de l'ulcération a un aspect détritique, gris sale avec des points noirâtres, hémorragiques. L'ulcération qui parait assez profonde est entourée d'un bourrelet d'oedème qui lui fait une loge, au fond de laquelle il est creusé. Ce bourrelet, très nettement visible à une largeur de 1 cm environ. La muqueuse à son niveau à une teinte rouge vif presque vineuse. Elle tombe à pic vers l'intérieur de la niche ulcéreuse, en pente douce vers les tissus voisins. Cet oedème déforme beaucoup le pilier antérieur qui est difficilement reconnaissable. Il se poursuit, moins intense et moins rouge, vers la face

.../...

antérieure, et la petite courbure (le 1/3 moyen) qui paraissent en grande partie envahis. Les sillons normaux de la face antérieure sont comblés par l'oedème. Toute la région de l'ulcère est rigide elle ne se modifie pas quand des contractions passent sur la face postérieure. Les exulcérations notées à un examen antérieur sur le reste des piliers ne sont pas retrouvées. L'antre, oedématié sur la face antérieure, est normal en arrière et en bas.

Le 22 aout 1936. Troisième gastroscopie. On retrouve facilement l'ulcération. Elle siège au niveau de l'angle gastrique un peu sur la face antérieure, mordant à la fois sur l'antre et sur le corps. Elle a nettement augmenté de volume: 3 à 4 cm de long sur 2 à 3 cm de large à grand axe longitudinal. Fond régulier mais un peu anfractueux, portant sur son centre une fausse membrane blanc grisâtre, surtout dans la région qui recouvre la moitié de l'ulcère environ. Bord en bourrelet oedémateux, surtout dans la région d'amont. Le bord inférieur de l'ulcère est légèrement saignant. L'extrêmité distale parait être à quelques cm du pylore seulement. Antre de dimensions amoindries en raison du bombement de la face antérieure. Pas de gastrite appréciable sur le corps de l'estomac. Lac muqueux abondant de couleur jaune verdâtre (Bile). Ulcère nettement étendu par rapport au deuxième examen, mais moins profond.

Une gastro-entérostomie a été faite. Après une amélioration d'un mois et demi apparition de pesanteur gastrique et de quelques brûlures.

RADIO : Bon fonctionnement de la bouche anastomotique. Petite courbure un peu sinueuse. Pas de niche d'ulcus peptique visible.

GASTROSCOPIE difficile et douloureuse. Bouche de gastro-entérostomie paraissant assez étroite (1 cm de diamètre environ) par où sourd un peu de liquide spumeux d'origine intestinale. Oedeme de la petite courbure sus anastomotique formant des bourrelets très épais au niveau desquels la muqueuse est très rouge et exulcérée en plusieurs points. En particulier à la jonction de la petite courbure face antérieure à 3 ou 4 cm du cardia il existe une ulcération de 1/2 cm de long sur quelques mm de large entre deux plis. Cette ulcération parait très superficielle, et il ne semble pas s'agir d'un véritable ulcère. Pas d'ulcus peptique visible.

Obs. 214 - exemple d'ulcère succédant à une gastrite ulcéreuse, observé à 3 mois d'intervalle, traité successivement par un essai de traitement médical puis gastro-entérostomie, enfin gastrectomie. Les suites lointaines de cette dernière intervention sont difficiles.

Mme B..., agée de 35 ans consulte le Pr. DEBRAY le 7 mai 1947. Depuis4 ans elle ressent des douleurs épigastriques, brûlures et crampes une demie heure après les repas, tous les jours, évoluant par périodes pendant 2 ans et demi. Ensuite elle se porte bien pendant 1 an. Après un accouchement, reprise des douleurs, et actuellement celles-ci surviennent régulièrement

.../...

de façon tardive vers 5 - 6 heures chaque jour, parfois mais plus irrégulièrement dans la matinée, elles respectent la nuit, sont calmées passagèrement par l'alimentation mais ne sont pas calmées par les alcalins. Quelques nausées et vomissements glaireux voir sensations d'étouffement les accompagnent. Le transit intestinal est normal mais il existe un certain météorisme. Certains aliments, dont le lait en particulier, sont mal supportés, l'appétit fléchit ainsi que le poids . On note en effet un amaigrissement de 12 kg en 8 mois. Elle se plaint en outre de céphalées et de manifestations traduisant un déséquilibre neuro-végétatif.

A L'EXAMEN RADIOLOGIQUE on note une niche de la petite courbure verticale en forme de spicule.

Traitement prescrit atropine, poudre alcalino-bismuthée ; l'atropine est difficilement supportée.

La GASTROSCOPIE est faite le 20 juillet 1947 par M. le Pr. DEBRAY. Estomac de couleur normale. L'antre et le sphincter sont normaux, sans oedème. Sur la face postérieure du corps au-dessus du sphincter de l'antre existent toute une série de minimes ulcérations superficielles étoilées, soit de niveau avec la muqueuse, soit située dans une dépression de celle-ci, à fond blanchâtre. Il n'a été vu que quelques unes de ces ulcérations. L'une un peu plus importante siège à mi-hauteur de la petite courbure, près de la petite courbure, il est probable que c'est elle qui donne à la radio l'image de spicule. La petite courbure ne parait pas ulcérée. De même la face antérieure et la grande courbure. La région sous-cardiale parait normale les plis de le face postérieure sont un peu oedémateux épais mais non rouges.

Pas de saignement mais un peu de sang sur l'éponge. Tolérance à l'air normale. Pas de fragilité muqueuse. Il y a sur la partie basse de la face postérieure du corps une saillie oedémateuse importante arrondie presque hémisphérique sans ulcération décelable en son centre ou au voisinage.

Rechute des douleurs en aout malgré le traitement. Une nouvelle GASTROSCOPIE est faite le 11 octobre 1947. Sur la petite courbure sous et sus-angulaire existence d'un petit ulcère à fond blanchâtre, à bords inflammatoires, très rouge mais peu saillant. L'ulcère parait peu profond non saignant. Il a 3 mm de diamètre environ. D'autre part pas d'autre ulcération-muqueuse de l'estomac normale sauf visibilité vasculaire. On retrouve sur la face postérieure la saillie oedémateuse déjà signalée sans qu'on puisse déceler en son centre d'ulcère.

Conclusion : Ulcère de la petite courbure. Aspect non élucidé de la face postérieure. N.B. L'ulcère n'a été vu qu'au début de l'examen. L'estomac a changé complètement au cours de l'examen, il a été impossible de le revoir.

Une gastro-entérostomie est faite le 14 novembre 1947. Elle n'apporte que peu d'amélioration. Une troisième gastroscopie le 7 février 1958 apporte les précisions suivantes. Bonne tolérance à l'air. Antre et pylore normaux. Sphincter antre normaux. La bouche de gastro-entérostomie qui siège sur la face postérieure basse du corps est visible en oblique. Elle est très oedémateuse. Son pourtour forme bourrelet avec maximum d'oedème à la moitié supérieure du bourrelet qui est

.../...

turgescent rouge et oedémateux. Il y a deux petites ulcérations au niveau de ce bourrelet au point de jonction avec la paroi. Ces ulcérations semblent être dues à une élimination de fils. Sur la grande courbure basse une ulcération superficielle du type antérieur avec quelques plis. Pas d'ulcère décelable sur la petite courbure mais la bouche de la gastro-entérostomie est très proche de l'endroit où siège l'ulcus celui-ci pourrait donc passer inaperçu.

Conclusion : Stomite très nette. Gastrite ulcéreuse incomplètement éteinte.

Gastrectomie en 1956. La malade est revue en novembre 58 l'état gastrique n'est pas bon. La malade se plaint encore de brûlures épigastriques remontant dans la gorge (ces brûlures n'existaient pas avant l'intervention) exagérées par des écarts de régime, par les règles, par l'alcool. D'autre part, grave altération de l'état général. Le poids qui était à 33 kg normalement et qui était tombé à 55 kg au moment de l'opération est actuellement à 53 kg 800 pour une taille de 1 m 65. Malade asthénique présentant de la perlèche depuis 3 mois, brûlures de la langue et même des yeux, parfois petit oedème des membres inférieurs (il s'agit d'une malade qui est constamment debout). L'examen du sang montre une anémie à 3.200.000 globules rouges qui à l'hopital est remontée à 4.100.000 avec une valeur globulaire qui était basse (0,84) et qui est maintenant sub-normale (0,93). La radio de la vésicule montre un organe normal avec une certaine distension de la voie biliaire principale. La radio d'estomac montre un moignon petit, sans jéjunite, avec un reflux dans l'anse afférente. Il n'a pas été noté de hernie hiatale à l'examen radiologique. Une dernière gastroscopie est faite par le Dr. HOUSSET a montré une stomite d'intensité modérée, sans fil. Il n'a pas été signalé de hernie hiatale.

Les examens de laboratoire montrent une baisse de l'albumine à 30 gr environ, et une augmentation des globulines se fait surtout aux dépens des alfa 2 et des Beta. Par contre il semble que les gamma soient plutôt basses. Le tubage à l'histamine a été arrêté en raison d'un saignement au cours de l'examen.

La biopsie muqueuse gastrique ramène un fragment de type intestinal, avec des villosités, un plateau strié, des cellules de Paneth. Rien ne permet de dire qu'il a été biopsié dans l'anse d'anastomose ou dans le moignon. La première hypothese est la plus vraisemblable. (Pr. L'HONNER)

Obs. 215 - Expression fonctionnelle riche et rebelle au traitement , accompagnée d'un amaigrissement. Gastrite diffuse mais plage bien individualisée sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre où les manifestations sont au maximum et où sont groupés six ou sept ulcérations étoilées. Lors d'une seconde gastroscopie un an plus tard un ulcère est observé sur la petite courbure antrale. Gastrectomie.

M.P..., agé de 35 ans, ajusteur de la SNCF, souffre depuis deux mois tous les jours sans horaire fixe de douleurs épigastriques à type de crampes un peu calmées par l'alimentation et de quelques vomissements. Le transit intestinal est normal. La consommation de tabac est notable. Amaigrissement de 3 kg en deux mois en dépit d'un appétit conservé. Les douleurs

.../...

sont survenues après une appendicectomie. Il est traité par les poudres alcalines, la broméséring, et le sirop de phénergan sans succès.

L'examen RADIOLOGIQUE permet d'observer un estomac ptosé dont le bas-fond est distendu mais l'évacuation est normale. Irrégularités de la petite courbure verticale de type gastritique.

La GASTROSCOPIE, le 5 décembre 1952, (Pr. DEBRAY) est facile. Bonne tolérance à l'air. Estomac de larges dimensions se contractant bien. Le pylore parait normal. Dans l'antre on note une gastrite atrophique légère traduite par la présence de quelques vaisseaux. Au niveau de l'angle sur la face antérieure et plus particulièrement sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre, une région plus rouge est observée où siège 6 ou 7 ulcérations en étoile, mais il n'existe pas d'ulcère vrai à ce niveau. Dans le corps de l'estomac on voit sur la face antérieure un oedème important de la muqueuse qui déborde sur la petite et la grande courbure avec sans doute encore de petites ulcérations gastritiques et sur la face postérieure de nombreux mamelons assez importants qui remontent jusque dans la région sous-cardiale.

Conclusion : Gastrite oedémateuse et ulcéreuse du corps de l'estomac et du sphincter de l'antre. A noter sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre une plage nettement plus gastritique que le reste de l'estomac.

Un nouveau traitement est institué comportant de la vitamine C, Atropine par voie endoveineuse, Antazoline et gels d'alumine per os, enfin supression total du tabac et de l'alcool sous toutes les formes.

Le malade est revu le 24 novembre 1953, les douleurs épigastriques, à type de crampes persistent, se produisant 2 ou 3 heures après les repas de façon régulière, s'accompagnant de vomissements. Un nouvel essai de traitement médical est alors tenté sans succès. En décembre l'état général s'altère de façon sensible avec chute de poids.

Une seconde GASTROSCOPIE est faite le 19 janvier 1954.
Dr. HOUSSET. Passage facile de la sonde de Camus, sans spasme à l'orifice supérieur du conduit oesophagien, sans spasme ni obstacle au niveau du cardia. Introduction facile du "gastroflex" . Exploration facile et complète. Tolérance à l'air bonne. Kinésie forte. Pylore normal. Dans l'antre muqueuse rouge avec quelques vaisseaux visibles. Sur le versant antérieur de la petite courbure sous-angulaire, on découvre une ulcération arrondie avec cependant vers le bas un prolongement qui donne à l'ensemble un aspect en virgule. Cette ulcération assez profonde, à bords nets, de 1 cm,5 environ de diamètre, présente un fond un peu irrégulier verdâtre. Pas d'hémorragie. Sphincter de l'antre normal. Dans le corps de l'estomac, la muqueuse est rouge, mamelonnée, oedémateuse, surtout au niveau de la petite courbure moyenne. Pas d'ulcération décelable. Lac muqueux bilieux d'abondance moyenne. Région sous-cardiale normale.

Conclusion : Ulcère du versant antérieur de la petite courbure sous-angulaire. Gastrite oedémateuse et mamelonnée du corps de l'estomac.

Devant ce nouvel aspect endoscopique après plusieurs essais de traitement médical l'intervention est décidée. Gastrectomie type Péan le 28 janvier 1954 par le Pr. HEPP.

.../...

Incision médiane sus-ombilicale. La lésion est représentée par une induration palpable et limitée sur 2 cm, à l'angle de la petite courbure. A ce niveau la séreuse est plus rouge; le reste de l'estomac est obsolument normal. On fait une gastrectomie large (3/4 environ) type Péan avec anastomose gastro-duodénale. Le duodénum est large. Après décollement duodéno pancréatique, il se prête bien à l'anastomose. Celle-ci est faite en utilisant l'artifice de MAKAYAMA fixant l'estomac en arrière, directement au pancréas par 6 points, deux plans postérieurs : points séparés séro-séreux, surjet total en arrière, muco-muqueux en avant ; trois plans antérieurs : surjet musculo-musculeux ; points séparés séro-séreux, la raquette gastrique supérieure est courte ; l'épiploon est rabattu sous le foie. Un drain sort par la partie supérieure de l'incision. Paroi spéchylon.

Examen macroscopique de la pièce : L'étude de cette pièce opératoire montre au niveau de la petite courbure et sur la face postérieure à environ 2 cm de la petite courbure, 2 ulcérations punctiformes, interrompant manifestement la muqueuse mesurant 2 à 3 cm de diamètre, comportant une infiltration scléreuse de la paroi ; ce sont les caractères d'ulcères multiples à évolution récente.

Examen microscopique : Les trois fragments examinés appartiennent à la muqueuse de type antro-pylorique. L'un deux ne montre pas d'ulcération ; mais il est le siège d'une gastrite interstitielle extrêmement importante avec oedème du chorion et infiltration plasmocytaire et surtout lymphoïde. Le 2ème fragment est le siège d'une ulcération dont le fond, encombré de débris nécrotiques, repose sur un socle fibreux que traversent de multiples vaisseaux dilatés perpendiculairement à la paroi. Il s'agit vraisemblablement de veinules mais on observe en outre quelques artères à paroi modifiée et à lumière très étroite. Sur les bords de l'ulcération la muqueuse est hyperplasique et revêt les caractères d'une hétérotopie caliciforme. La 3ème coupe montre également une zone ulcérée mais la perte de substances est moins étendue et elle a un caractère plus aigu que la précédente. C'est un véritable abcès entrain de s'ouvrir dans la cavité gastrique. Cette ulcération aigüe accompagnée d'une fibrose sous lésionnelle est également bordée par une réaction hyperplasique de la muqueuse. En somme l'un des ulcères a les caractères d'un ulcère chronique à poussée évolutive récente tandis que l'autre apparait comme un ulcère aigu.

Le 24 février 1954
(Pr. LAUNOIS)

On remarque ici la juxtaposition d'un ulcère aigu et d'un ulcère chronique.

Obs. 216 - Ulcération superficielle observée en 1947, rien n'est trouvé en 1951 en dépit de la reprise des douleurs, en 1954 ulcère de la face antérieure sous-cardiale.

M.G..., agé de 53 ans, menuisier, a souffert en 1944 d'un syndrome ulcéreux ; actuellement il se plaint de crampes sans horaire précis.

RADIO : Niche inconstante de l'angle

.../...

GASTROSCOPIE le 8 novembre 1947. Il n'y a plus d'ulcère au niveau de l'angle, seulement la convergence de deux plis, pilier antérieur et un pli du corps vers la clé de voute du sphincter antral mais pas d'ulcération à la jonction (reliquat de cicatrice d'ulcère). Sur la face postérieure du corps se trouvent trois ulcérations superficielles, deux au-dessus du sphincter, une sous-cardiale (un peu sur la face antérieure) ulcérations de 3 à 4 mm à fond blanchâtre, un peu irrégulière, une cernée par un liseré carminé. Petite courbure un peu oedémateuse avec des régions plus foncées. Gastrite ulcéreuse. Pas d'ulcère, antre et pylore normaux.

En juillet 1951. Le malade est revu après une période douloureuse de un mois, les douleurs sont à type de torsion, surviennent vers 4 heures après les repas calmées par l'alimentation.

RADIO : Quelques irrégularités très fines de la petite courbure sus-angulaire. Superposition de l'angle duodénal-jéjunal. Pas de niche.

Deuxième GASTROSCOPIE l'antre et le pylore sont toujours normaux, le sphincter de l'antre est normal. Tout le corps de l'estomac est rouge uniforme avec quelques vaisseaux visibles sur la face antérieure. Sur la petite courbure sus-angulaire irrégularités de la muqueuse expliquant les images radiologiques sans ulcération décelable. Cependant on observe une petite dépression avec un fond rougeâtre (petite ulcération ?). Dans la partie haute petite tache purpurique. Tolérance à l'air normale.
Conclusion : Gastrite érythémateuse diffuse et peut-être ulcéreuse d'intensité modérée.

Le 20 février 1954. Récemment, survenue d'un syndrome gastritique post-prandial précoce avec curieuses douleurs des machoires et sensation de striction à la base du cou sans dysphagie.

RADIO : Achalasie de l'antre, sans raideur, de type gastritique sans image d'ulcère même à postériori. Région sous-cardiale normale. Diverticule par traction de la partie moyenne de l'oesophage.

GASTROSCOPIE. Dans le corps de l'estomac gastrite modérée, marquée par une rougeur diffuse avec à la face postérieure quelques gros plis, ça et là dépots salivaires. Une minuscule érosion se trouve sur la face postérieure basse, mais surtout sur la face antérieure immédiatement au-dessous du cardia, à un cm ou deux cm, ulcère de un cm de diamètre typique circulaire à fond blanc mat, légèrement détergé. Le pourtour est inflammatoire et rouge. Pas de rigidité, pas de suspicion gastroscopique de polymitose.
Conclusion : Ulcère typique de la face antérieure immédiatement sous-cardiale. Gastrite érythémateuse et peut-être exulcérée du corps.

Obs. 217 - Gastrite ulcéreuse en 1947 avec de minimes ulcérations multiples. Amélioration en 1948. Ulcère trouvé sur la face postérieure en 1956.

.../...

Mme S..., agée de 28 ans, femme de ménage, est vue à l'hopital Bichat pour des douleurs épigastriques survenues depuis un an à type de crampes et de brûlures avec nausées et même régurgitations.

Sur une RADIOGRAPHIE on note une image en oméga de l'angle.

Le 25 octobre 1947 à la GASTROSCOPIE rien n'est déclable au niveau de l'angle (il n'y a pas d'ulcération) On note une gastrite de tout le corps prédominant sur la petite courbure et sur la face postérieure. Elle est marquée par une rougeur non homogène avec visibilité capillaire, de minimes ulcérations, multiples, visibles surtout sur la petite courbure basse superficielle , petites taches blanches de 1 à 3 mm de diamètre, une volumineuse sur la petite courbure cernée par un liseré carmin. La tolérance à l'air est faible et la gastroscopie douloureuse.

La malade est revue le 24 avril 48, on ne note aucune amélioration fonctionnelle par le traitement médical. Echec de l'histamine de l'atropine et de l'auto-hémothérapie.

Sur un cliché niche de l'angle suspecte d'ulcus.

Une 2ème GASTROSCOPIE est faite. Elle est douloureuse. Pas d'ulcère au niveau de l'angle mais présence d'une gastrite érythémateuse par plaques très intense de tout le corps. Elle prédomine au niveau du sphincter. De plus oedème inflammatoire de la face postérieure avec disparition des sillons et plis très épais. Enfin dépots salivaires très nombreux, particulièrement sur la petite courbure, qui pourraient recouvrir éventuellement des ulcérations.

Conclusion : Gastrite érythémateuse intense.

Le 25 octobre 1948, La malade a eu un ténia évacué par l'extrait de fougère mâle en mai. Amélioration pendant quelques mois puis reprise des troubles depuis un mois. Ce sont des pesanteurs gastriques calmées par le bicarbonate de soude et une asthénie.

Petite image suspecte de l'angle sur les radiographies.

La 3 ème GASTROSCOPIE montre une amélioration certaine en comparaison de la gastroscopie antérieure. Estomac encore sensible. Disparition de la rougeur et de l'oedème. Persistance de dépôts salivaires sur la petite courbure verticale qui en est tapissée. Nombreux dépôts également sur la face postérieure.
Pas d'ulcération ni d'ulcère. Antre normal.

Le 25 février 1956. Depuis 1950 le syndrome chronique a changé, il est devenu maintenant franchement ulcéreux avec périodes douloureuses de 2 ou 3

.../...

semaines. Douleurs tardives post-prandiales, régulières rapidement calmées par la Laristine. Elle est actuellement en période douloureuse depuis 15 jours.

Les dernières RADIOGRAPHIES sont strictement normales sauf sur un cliché où on note sur la petite courbure une petite zone dégradée de 1 cm de haut et sur le corps gastrique au contact une tache ovalaire, à la limite de la visibilité correspondant à l'ulcus.

La GASTROSCOPIE est difficile, la malade étant agitée et souffrant d'éructations en salves. La partie basse de l'estomac est normale de même que le sphincter de l'antre. Sur la face postérieure près de la petite courbure à mi-corps ulcère typique de 4 - 5 mm de diamètre , creusé sur un mamelon assez rouge très inflammatoire (aspect en furoncle) à fond blanc mat très régulier, le reste de l'estomac parait normal, abstraction faite d'un certain oedème de la face postérieure. Il n'y a pas cette fois d'érosion gastritique visible. L'examen de la région sous-cardiale est incomplet . La hernie hiatale possible sur les radiographie est à revoir après banthine ultérieurement.

Conclusion : Ulcère typique de la petite courbure face postérieure moyenne du corps.

OBSERVATIONS DE GASTRITES ULCEREUSES SUCCEDANT A DES ULCERES

(une observation avec recidive de l'ulcère vérifiée par

l'examen anatomo-pathologique.)

Obs.218 - Succession établie par des gastroscopies à six mois d'intervalle, d'un ulcère de la face antérieure et d'une gastrite ulcéreuse faite de quelques ulcérations. Cette dernière est en voie de guérison 15 jours plus tard. Guérison confirmée l'année suivante.

Malade agé de 46 ans.

RADIO : Incisure de la grande courbure peut être niche de face à son niveau.

GASTROSCOPIE le 4 juin 1949. Sur la face antérieure moyenne existe portée par une tuméfaction inflammatoire un gros ulcère de 3 cm de diamètre rond profond à fond blanchâtre a demi-rempli de fausses membranes et de débris blanchâtres. Le reste de l'estomac présente une gastrite érythémateuse diffuse. L'antre est normal. Gastroscopie peu douloureuse.

Conclusion : volumineux ulcère de la face antérieure profond.

Le malade est revu le 14 janvier 1950, il est peu amélioré se plaignant de brûlures tardives, survenant 3 heures après les repas et durant 4 heures. Amaigrissement de 3 kg 500 en 5 mois.

GASTROSCOPIE. Sur la face antérieure basse dans une zone inflammatoire de 4 à 5 cm de diamètre existe trois ulcérations, deux arrondies, le troisième en coup d'ongle. Ulcérations peu profondes n'ayant pas actuellement le type de l'ulcère de Cruveilhier. Pas de rigidité au palper abdominal, en face sur la face postérieure existe une forte saillie moins rouge que sur la face antérieure avec une coulée blanche déprimée recouvrant probablement une ulcération. L'antre est normal de même que le reste de l'estomac. A noter un soulèvement en faux de la grande courbure dans la région de ces ulcérations. Gastroscopie peu douloureuse.

Conclusion : Ulcérations multiples de la région du sphincter de l'antre dans la région très inflammatoire. Gastrite ulcéreuse probable se méfier d'une polymitose.

Le 28 janvier 1950, une grosse modification des signes gastroscopiques est observée. Dans la région précédemment malade il existe seulement une fragilité muqueuse qui saigne abondamment. Les ulcerations ont disparu sauf en un point ou l'on en voit une très petite. On retrouve le gros pli sur la petite courbure. Le reste de l'estomac est normal.

Conclusion : Très nette amélioration des signes gastroscopiques. Il est probable que ce malade a fait une poussée de gastrite ulcéreuse sur la cicatrice de son ancien ulcère.

.../...

Le 6 mai 1950. Il va bien, ne souffre plus, a grossi.

GASTROSCOPIE. Estomac mainteant normal toutes ulcérations ont disparu il persiste simplement un gros pli transversal à la partie moyenne de la petite courbure.

Obs. 219 - Trois ulcérations considérées comme des ulcères lors d'une première gastroscopie, nette régression en 15 jours sous traitement. La guérison est vérifiée trois mois après, elle est totale. Un an et demi plus tard environ rechute des douleurs, la gastroscopie trouve deux ulcérations de type aphtoïde.

Mme D...., agée de 57 ans, souffre de douleurs épigastriques anciennes, survenant 4 ou 5 heures après les repas. Elle a peut être dans ses antécédents une hématémèse discrète, depuis 15 jours les douleurs sont intenses et l'alimentation n'est plus possible. L'amaigrissement en 8 mois est de 10 kg. Des vomissements se produisent 3 heures après les repas.

RADIO. Mauvais remplissage partie moyenne de l'estomac.

GASTROSCOPIE le 10 avril 1948. Trois ulcères ont été décelés dans cet estomac. L'un, le plus volumineux siège en pleine face postérieure à mi-distance de la petite courbure et de la grande courbure. Il a un cm de diamètre, des bords réguliers, un fond grisâtre avec des points hémorragiques. Il est porté par une sorte d'éminence dont il creuse le sommet. Le 2ème ulcère se trouve sur la face antérieure près de la grande courbure à 2 ou 3 cm du pilier antérieur. Plus petit (0,5 cm) nettement cratériforme ressemblant de très près à un furoncle avec son ulcération au sommet. Le 3 ème ulcère sur la grande courbure haute entre les plis, très nettement évolutif avec fond blanc et nombreux points hémorragiques. La muqueu se au voisinage des ulcères est fragile et les capillaires éclatent à la distension (pétéchies).

Conclusion : Trois ulcères d'apparence bénins du corps. Gastrite au voisinage.

Le 24 avril 1948. Deuxième GASTROSCOPIE. Après traitement par le bromure et l'atropine nette amélioration. On retrouve les ulcères de la grande courbure et de la face postérieure. Ils sont très modifiés marqués seulement par une dépression grisâtre et sur l'ulcère de la face postérieure un fond encore un peu blanchâtre. Ils sont à peine visibles bien arrondis peu profonds sans bourrelets inflammatoire, sans saignement. Ils donnent l'impression d'évoluer vers la guérison. Quant au troisième ulcère (face antérieure présphinctérienne) , il a complètement disparu.

Le 28 aout 1948. Bien qu'elle suive bien son traitement, elle se plaint encore d'acidité après les repas. Néanmoins elle a repris 2 kg 500.

.../...

A la gastroscopie on ne retrouve aucun des ulcères vus antérieurement. Le présphinctérien a surement disparu, celui de la face postérieure également, enfin l'ulcère de la grande courbure haute n'a pas été retrouvé. A la rigueur il pourrait y avoir encore une petite ulcération entre les plis, mais c'est peu probable. L'estomac entier est un peu rouge dans son ensemble.

Conclusion : Disparition des ulcères. Gastrite érythémateuse légère.

La malade est revue le 10 décembre 1949. Depuis un mois elle souffre de nouveau de douleurs sourdes épigastriques capricieuses durant 1/2 heure à 3 heures sans rapport avec les repas. Amaigrissement de 3 kg 1/2.

RADIO. Niche de l'antre douteuse.

GASTROSCOPIE. Sur la partie moyenne de la face postérieure du corps et de la grande courbure on voit deux minimes ulcérations aphtoïdes de 1 à 2 mm de diamètre tres superficielles. Celle de la face postérieure a un fond un peu grisâtre et des bords angulés. Celle de la grande courbure se creuse sur un petit mamelon, son fond est blanc cerné d'un liseré carminé. Le reste de l'estomac est normal, peut être un peu rouge.

Conclusion : Gastrite ulcéreuse.

Obs. 220 - Malade ayant une histoire ulcéreuse typique examiné deux fois en gastroscopie à cinq mois d'intervalle. La première fois une ulcération considérée comme un ulcère probable a été observé sur la face antérieure du corps. Celui-ci est disparu à la seconde gastroscopie mais une petite érosion aphtoïde est observée sur la petite courbure antrale.

Malade agé de 56 ans, ayant souffert de crises douloureuses en 1930, 1934, 1936. la première s'est accompagnée d'hématémèses. Les douleurs sont tardives après tous les repas, ne s'accompagnant pas de vomissements. La durée des périodes douloureuses varie de 15 jours à 3 semaines.

RADIO : L'aspect est normal.

GASTROSCOPIE le 15 juillet 1936. Intolérance à l'air. L'estomac est contracté en masse au début de l'examen, et il est impossible d'injecter de l'air pendant quelques minutes. Contractions du sphinter antral puissantes séparant presque complètement à certains moments le corps de l'antre. Au moment du relâchement du sphincter antral, quand l'onde contractile se propage vers le pylore, on voit sur la face supérieure du canal antral une saillie un peu irrégulière, allongée de l'angle gastrique du pylore. A son niveau la muqueuse est normale, les contractions font saillir cet objet vers l'intérieur de l'antre sans le plisser. Sur la face antérieure, à 2 ou 3 cm à gauche et au-dessus du pilier antérieur, petite ulcération de quelques mm de diamètre, d'aspect étoilé, recouverte d'un caillot noirâtre, paraissant peu profond, vers cette ulcération con-

.../...

vergent les plis gastriques dont deux sont particulièrement marqués : l'un à 3 heures l'autre à 6 h. (ulcère probable de la face antérieure vraisemblablement ancien, peut être en réveil.

Le 14 décembre 1956. Le malade revient pour crise analogue.

GASTROSCOPIE. L'examen est plus facile que la première fois. On ne revoit pas la saillie sous-angulaire de la petite courbure ni les plis de la face antérieure. Saillie du bas-fond correspondant au pancréas, des veinosités sont visibles sur la grande courbure face antérieure. Face antérieure haute nettement bombée (empreinte splénique). Une petite érosion aphtoïde sur la petite courbure sous-angulaire moyenne. On ne retrouve pas sur la face antérieure l'ulcère vu à l'examen antérieur.

Obs. 221 - Ulcère duodénal ancien (1939), puis ulcère de la petite courbure angulaire (1954). Devant la persistance des signes radiologiques atténués, une gastroscopie est faite montrant une érosion gastritique angulaire (1958). Rechute ultérieure fonctionnelle et radiologique. Gastrectomie : ulcère bénin.

Mme B...,agée de 43 ans, sans profession, consulte le Pr. DEBRAY. le 12 juin 1958. Elle a un long passé digestif souffrant de l'estomac depuis l'âge de 15 ans. En 1939 un ulcère duodénal a été trouvé par le Dr. HILLEMAND et traité par des injections parentérales et du Bismuth. Elle se porte bien ensuite pendant 10 ans, en 1950 rechute des douleurs durant 15 jours, le traitement est repris avec succès. En 1954 survient une poussée fugitive, en 1956 un épisode plus intense, quelques douleurs également en 1957 au décours d'une affection saisonnière.

D'autre part usage fréquent de laxatifs, prurit ano-vulvaire. Le poids de 56 kg n'est pas modifié.

Les examens RADIOLOGIQUES montrent successivement ;

En 1939 un ulcère duodénal jeune le bulbe n'étant pas déformé.
En 1950 une image semblable.
En 1954 un ulcère angulaire de 8 mm x 5mm; avec un bulbe déformé mais non ulcéré
En 1956 un gros ulcère angulaire de 10 mm x 8mm et un bulbe scléreux
En octobre 1956 une petite niche de l'angle persistante.
En mars 1957 la niche angulaire est presque disparue et visible sur un cliché seulement.
En octobre 1957 après la grippe, niche de nouveau visible.
Enfin sur les trois séries récentes de 1958 persistance de la petite niche de l'angle.

.../...

La GASTROSCOPIE est faite le 24 octobre 1958 par le Pr. DEBRAY. Une quantité importante plus de 100 cc d'un liquide un peu trouble est enlevée par la sonde de Camus. Ce liquide n'est ni sanglant ni bilieux. Injection de silicônes. Le passage du gastroscope est assez facile malgré les spasmes du malade. L'estomac est très allongé verticalement. On trouve sur l'angle une érosion de 10 mm de diamètre environ assez régulière, à fond blanchâtre, à bords très légèrement saillants vers l'amont, souple au palper abdominal et au passage des contractions gastriques, non saignante. Cette érosion a plus les caractères d'une ulcération gastritique que d'un ulcère de Cruveilhier. Les contractions antrales sont faibles, l'antre reste spasmé pendant très longtemps. Le pylore n'a pu être vu. Dans le corps de l'estomac rien à signaler. Dans la région sous-cardiale aspect subnormal. Le sphincter inférieur de l'oesophage est très peu marqué. On voit bien la limite entre la muqueuse oesophagienne et la muqueuse gastrique. Elle est normale.

L'oesophage vu gastroscope parait normal avec de fins vaisseaux verticaux.

Conclusions : Ulceration gastritique de l'angle de dimension minime. Reste de l'estomac normal.

Un traitement groupant poudre alcalino-bismuthée, réglisse, association vitamine C atropine est institué.

La malade est revue le 19 février 1959, elle ne souffre plus, l'appétit est normal ; elle ne signale aucun trouble dyspeptique et elle a pris du poids. Seul le sommeil est régulier. Sur les radiographies, ptose gastrique et persistance des déformations bulbaires. Le traitement est continué avec les poudres alcalino-bismuthées, le réglisse, le sirop de phénergan, des barbituriques.

Le 3 février 1960 elle consulte à nouveau se plaignant de troubles pré-ménopausiques et de troubles du sommeil. Deux périodes de douleur de 15 jours ont eu lieu en mai et octobre 1955. Devant la persistance des troubles, un examen radiologique le mois suivant montre un estomac distendu en cuvette, un bulbe duodénal très déformé scléreux, et une volumineuse niche de l'angle. La mise en évidence du rétentissement orificiel s'accentuant après un essai prolongé de traitement médical fait conseiller un intervention chirurgicale.

Une gastrectomie large est exécutée en mai 1960. L'examen histologique de la pièce confirme la bénignité de la lesion angulaire.

VI ème GROUPE D'OBSERVATIONS.

Nous avons rassemblé dans ce groupe différents cas particuliers :

1°) Gastrites ulcéreuses dont les ulcérations ont un aspect gastroscopique très particulier.

2°) Gastrites ulcéreuses comportant des ulcérations multiples de caractère hémorragique.

3°) Gastrites ulcéreuses sur estomac opéré.

4°) Gastrites ulcéreuses sur hernie hiatale.

5°) Gastrites ulcéreuses d'étiologie toxique.

6°) Gastrites ulcéreuses chez des malades atteints de maladie de Biermer ou d'anémies para-Biermeriennes.

Obs. 222 - Erosion multiples du corps de l'estomac, certaines à bords serpigineux plus ou moins superficielles, la plupart sur le même plan que la muqueuse saine.

Mme C..., agée de 70 ans a consulté L. le Pr. DEBRAY le 21 octobre 1941. Elle se plaint depuis un an d'asthénie, d'amaigrissement, de fléchissement de son état général, et de quelques troubles digestifs. Ces derniers sont à la fois de type gastrique groupant une dyspepsie, des nausées, des brûlures, de survenue irrégulière favorisée par certains aliments (artichauts, endives, lait) et de type intestinal, une période récente de diarrhée intense actuellement éteinte ayant tranché sur une constipation habituelle ancienne. Elle signale quelques manifestations hémorroïdaires. La recherche des antécédents rencontre un zona, une phlébite très ancienne. L'examen clinique n'apporte que peu de renseignements: malade maigre , abdomen normal, toucher rectal négatif.

Les RADIOGRAPHIES gastriques mettent en évidence des images de type gastritique groupant un aspect très déchiqueté et cotonneux de la grande courbure, de gros plis flous du corps de l'estomac aisément devinés sur les clichés pris en procubitus, enfin une petite courbure d'un dessin très particulier, floue et en retrait dans la moitié inférieure de sa portion verticale, par rapport à sa moitié supérieure saillante. Ce dernier aspect est proche d'une image lacunaire, mais l'hypothèse d'un simple pli d'un dessin inhabituel s'impose à l'esprit.

La GASTROSCOPIE est faite le 6 décembre 1941 par le Pr. DEBRAY à l'hopital Vaugirard. Gastroscopie facile écourtée par un spasme.
Région antrale et pylore normaux sauf une certaine rougeur. Sur le corps présence d'un très grand nombre d'érosions de 3 à 4 mm de diamètre à bords irréguliers très superficielles. Certaines sont franchement creusées, d'autres de niveau avec la muqueuse. Les premières ont un fond blanchâtre pseudo-membraneux. Les autres de beaucoup les plus nombreuses présentent simplement un aspect dépoli de la muqueuse avec érythème. Les bords sont irréguliers, serpigineux, mais ne donnent pas l'impression de fissures. Ces ulcérations siègent dans tout le corps mais particulièrement la moitié inférieure. La partie haute de la petite courbure où existait l'image lacunaire présente les mêmes lésions de gastrite érosive mais pas de bourgeonnement, ni d'ulcération néoplasique. (Noter la présence d'un gros pli longitudinal allant du cardia au bas-fond. A son niveau la muqueuse roule.) Il s'agit probablement d'un pli d'origine extra-gastrique. L'estomac est assez tolérant à l'air. Grande quantité de mucus sur les plis et entre eux, formant de véritables stalactites. Lac muqueux très sale. Le gastroscope revient souillé de sang.

Conclusion : Gastrite érosive du corps avec très nombreuses ulcérations Pas de néoplasie.

Le traitement médical habituel est conseillé.

La malade est revue le 24 janvier 1942. Elle va mieux, mais a perdu 500 gr et souffre encore de quelques brûlures épigastriques. Le transit intestinal est normal.

.../...

GASTROSCOPIE : Estomac extrêmement sanglant. Le sang qui a souillé l'objectif a beaucoup gêné l'examen. Paroi gastrique très rouge. Il n'a pas été vu d'ulcération.

Cette amélioration ira se confirmant : en octobre de la même année elle a pris 4 kg, son poids se situant à 58 kg un traitement d'entretien est néanmoins poursuivi. Un an plus tard, en octobre 1947, l'état est excellent, elle ne souffre plus du tout sauf lorsqu'elle use de certains aliments (choux, farineux) les brûlures épigastriques s'associent alors a des troubles du transit avec débâcles. Son poids atteint 59 kg 500.

Obs. 223 - Gastrite ulcéreuse cachectisante. Peu de douleurs mais troubles dyspeptiques marqués. Aspect particulier des vastes ulcérations localisées à la moitié inférieure du corps de l'estomac.

Mme B..., agée de 65 ans, du personnel hospitalier, souffre de dyspepsie, de pesanteurs post-prandiales, et d'anorexie complète depuis deux mois. L'amaigrissement s'élève à 25 kg en 3 ans, il atteint ces 15 derniers jours 3 kg, elle est cachectique.

RADIO. Suspicion de lésion de l'angle et petite rigidité mais images non superposables d'un cliché à l'autre.

GASTROSCOPIE le 24 janvier 1948. La partie inférieure du corps présente toute une série d'ulcérations volumineuses (certaines ont 4 à 5 cm de diamètre) et nombreuses, 7 ou 8 ont été vues, très superficielles à fond blanc grisâtre portant une sorte de rideau fibrineux à bords assez irréguliers cernés par un liseré rouge ; une surtout, sur la face antérieure qui est portée par un pli, lequel est oedémateux. Pas de rougeur entre les ulcérations. Parties haute et basse de l'estomac normales.
Conclusion : Gastrite ulcéreuse de la moitié inférieure du corps très particulière (grosse dimension des ulcérations qui sont très superficielles.)

Obs. 224 - Ulcérations gastritiques ovalaires jaunâtres chez une malade polyglobulique.

Mme R..., agée de 61 ans, est hospitalisée pour une polyglobulie. Elle souffre de douleurs épigastriques.

RADIO. Rigidité de la petite courbure verticale suspecte.

GASTROSCOPIE 10 mai 1951. Estomac oedématié au niveau de sa face posté-

rieure sur laquelle on note de tres nombreuses petites dépressions recouvertes d'un enduit jaunâtre. Ces ulcérations ovalaires à grand axe vertical ne dépassent pas quelques mm de diamètre. Dans l'antre on note la présence de nombreux vaisseaux.

Obs. 225 - Exulcérations recouvertes d'exsudats fibrineux en flammèche sur la face postérieure du corps de l'estomac.

Malade agée de 45 ans, déjà vue en novembre 1950 pour une altération de l'état général. Revue en février 1953, il semble qu'elle présente surtout une altération de l'état général amaigrissement, constipation chronique avec quelques douleurs post-prandiales.

L'examen radiologique montre sur le seul cliché une niche de face.

GASTROSCOPIE le 5 mars 1953. Tolérance à l'air faible. Gastrite intense de la face postérieure du corps de l'estomac dont la paroi est extrêmement épaissie. Sur cette face existe toute une série d'exulcération superficielles recouvertes d'exsudats fibrineux en flammèche. Toute la face postérieure est prise. Sur la face antérieure présence d'une gastrite atrophique légère avec visibilité vasculaire. Cette paroi est legerement rouge. Dans la région sous-cardiale quelques dépots sanglants probablement traumatiques.

Obs. 226 - Petites ulcérations superficielles de niveau avec la muqueuse.

M.B..., agé de 31 ans, peintre souffre de brûlures épigastriques quotidiennes post-prandiales tardives, calmées par les aliments et les alcalins, accompagnées de vomissements acides. Trois hématémèses dans les antécédents au cours de l'année précédant l'examen.

RADIO. Irrégularité de l'angle avec petite rigidité de la petite courbure. Gros plis antraux.

GASTROSCOPIE le 31 mai 1947 à l'hopital Vaugirard. Estomac sensible. La petite courbure de l'angle et toute la petite courbure sus-jacente (presque jusqu'au cardia) présente des lésions importantes de gastrite. Aspect irrégulier mamelonné, presque muriforme, de la muqueuse, du sphincter de l'antre et de la région sus-sphinctérienne. Aucun saignement. Cette gastrite s'étend sur les faces adjacentes puis présente des plis volumineux. La grande courbure a des plis peut-être un peu oedémateux. Sur la petite courbure haute existence d'un certain nombre d'ulcérations superficielles petites (2mm) à fond blanc presque de niveau avec la muqueuse voisine. En dehors de ces ulcérations, la muqueuse de la petite courbure parait moins touchée que la partie avoisinant le sphincter de l'antre.

.../...

Rougeur de toute cette région.

Obs. 227 - Exulcérations allongées dans le sens des plis siègeant sur la grande courbure.

M.E.., agé de 50 ans, ingénieur chimiste, souffre de douleurs épigastriques survenant périodes courtes de 3 à 4 jours. Une ou 2 poussées par an. Ce sont des crampes post-prandiales tardives calmées par l'alimentation.

RADIO. Réaction antrale. Bulbe duodénal mal rempli mais sans niche ; hyper-kinésie.

La GASTROSCOPIE le 5 mai 1951 à l'hopital de Vaugirard trouve une gastrite importante marquée par : Une rougeur intense particulièrement sur la grande courbure, des exulcérations dans cette région au nombre de 5 ou 6 à fond blanchâtre à bords peu nets, allongées dans le sens des plis, enfin des glaires qui au début forment une sorte de voile transversal de chaque côté de la petite courbure.

Obs. 228 - Ulcération fissuraire unique de 4 cm de long.

Femme ayant un ulcus duodénal. De plus petite zone encastrée de l'angle persistant et même s'accentuant au cours de 3 examens successifs en dépit du traitement.

GASTROSCOPIE le 6 décembre 1941 à l'hopital de Vaugirard. Sur le pilier antérieur du sphincter de l'antre 2 ou 3 taches rouges à bords peu nets (2mm de diamètre environ) certainement sans érosions actuellement. Au-dessus de l'angle à 4 cm environ existe une ulcération fissuraire très longue (3 à 4 cm) très étroite (2mm) un peu à concavité antérieure commençant sur la face antérieure près de la petite courbure et gagnant la face postérieure sur laquelle elle est surtout creusée. Dans l'ensemble elle affecte une direction oblique en bas et en arrière. Les extrémités se terminent en pointe. Le fond de l'ulcération est d'un blanc jaunâtre. Les bords sont un peu inflammatoires présentant à peine un petit liséré rouge. L'ulcération ne saigne pas. Une autre toute petite érosion à fond détergé de 1 à 2 mm est creusée sur la face postérieure tout près de l'extrémité de l'ulcération principale.

Obs. 229 - Gastrite pseudo-polypoïde comportant une ulcération d'aspect furonculeux.

M.W..., agé de 22 ans, radio électricien, souffre depuis 8 mois de douleurs épigastriques presque journalières. Calmées par l'alimentation. Léger amaigris-

.../...

sement.

RADIO - Image de spicule dans une lacune réalisant un aspect en oméga.

GASTROSCOPIE le 20 mars 1948 à l'hopital de Vaugirard, difficile et douloureuse. Tolérance à l'air faible. Estomac présentant de très gros plis rouges descendant jusqu'au niveau de l'angle. Sur la grande courbure basse du corps dans la région pré-antrale présence de quelques ulcérations de gastrite polypoïde. Une en particulier à l'aspect d'un furoncle avec un cratère blanc jaunâtre au sommet. Ces ulcérations ont 2 mm de diamètre. Sur la face postérieure oedème au-dessus du sphincter antral. La muqueuse de la partie haute de l'estomac est irrégulière mais il n'y a pas d'ulcération décelable.

Gastrectomie.
A l'ouverture, multiples ulcérations, grosses comme une tête d'épingle, hémorragiques. En octobre reprise des douleurs.

RADIO : Irrégularité de la petite courbure verticale.

GASTROSCOPIE. Stomite modérée sans ulcération et exsudat pultacé de la région sous-cardiale.

Obs. 230 - Deux ulcérations de tailles inégales situées sur une saillie sessile, de la taille d'une noisette. Aspect se rapprochant de celui des gastritesombiliquées.

Mme B..., souffre depuis 2 ans par périodes, de brûlures épigastriques post-prandiales précoces.

RADIO. Niches douteuses sur quelques clichés.

GASTROSCOPIE le 5 juin 1948 à l'hopital de Vaugirard. Sur la face postérieure basse une grosse boule oedémateuse de la taille d'une noisette, sessile portant à son sommet 2 ulcérations de 2 à 3 mm de diamètre en puits assez profondes un peu saignantes. L'une est peu volumineuse et ovalaire. L'autre est petite, en puits, étoilée. Le reste de la face postérieure est normal. Dans la partie haute de la petite courbure petite ulcération superficielle à type de gastrite ulcéreuse.

La malade est revue quelques mois plus tard, elle a été très rapidement améliorée par l'histamine.

La GASTROSCOPIE est normale.

Obs. 231 - Gastrite pseudo polypoïde de la région sous-cardiale. Gastrectomie polaire supérieure en raison de l'évolution radiologique inquiétante. L'examen histologique de la pièce opératoire confirme le caractère gastritique des lésions et précise en outre l'existence d'ulcérations de profondeurs variable, érosions simples, ulcérations du type ulcérations de Dieulafoy. Noter à propos de ce dernier point qu'il n'y a jamais eu d'accident hémorragique.

Mme C..., agée de 38 ans est adressée au Pr. DEBRAY par le Dr. THUAU le 8 décembre 1959. Elle se plaint de reflux après les repas et de douleurs avec nausées survenant par périodes brèves assez espacées. Quelques troubles dyspeptiques associés.

RADIO. - Spicules de la petite courbure verticale plus ou moins marquées suivant les différentes séries, et surtout récemment aspect lacunaire suspect de la petite courbure sous cardiale.

GASTROSCOPIE le 9 décembre 1959. Pr. DEBRAY. On ne retire pas de liquide par la sonde de Camus, mais comme le montrera ultérieurement la gastroscopie, il existe en fait une certaine quantité de liquide gastrique qui se collecte dans un récessus sous cardial.

La partie basse de l'estomac parait normale, mais le pylore n'a pas pu être vu. Noter que la direction de l'antre est inhabituelle: elle se fait de manière presque postéro-antérieure. Le sphincter de l'antre est bien dessiné. Formations polydoïdes localisées dans la région sous cardiale et sur la partie supérieure du corps de l'estomac, non ulcérées, non bourgeonnantes, non saignantes. La nature de ces formations est difficile à affirmer. Toutefois étant donné le fait qu'elles sont localisées dans une région de l'estomac, et que sur des radiographies elles ont une tendance à grossir, il s'agit plus probablement de tumeurs bénignes multiples (polyadénome peut-être) plutôt que de gastrite pseudo-polypoïde. Au voisinage de ces formations polypoïdes ou pseudo- polypoïdes qui sont assez étendues, les plis de la grande courbure sont épais, non moniliformes. Le liquide du lac muqueux qui vient se collecter dans un récessus sous-cardial gêne l'examen d'une partie de la grande courbure haute. Il existe une anomalie de la région cardiale avec en amont du rétrécissement hiatalune poche qui correspond à une minime hernie hiatale.

Une BIOPSIE muqueuse est faite à l'aveugle dans la partie haute, confiée au Dr. Etienne MARTIN, le 11 décembre 1959. Le fragment gastrique appartient à une muqueuse de type fundique, son revêtement superficiel est légèrement mamelonné sans métaplasie ni hétérotopie.

Les tubes glandulaires de hauteur normale sont tassés les uns contre les autres et conservent une proportion normale d'éléments bordants et principaux ; on trouve simplement quelques cellules desquamées dans certaines lumières et deux petits ilôts d'infiltration interstitielle discrète lympho-plasmocytaire.

Il s'agit ici d'une muqueuse fundique subnormale.

Le 30 décembre de nouveaux clichés sont pris, les images lacunaires de la partie haute semblent en accroissement, l'état général tendant à s'altérer,

.../...

L'intervention est décidée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE de la pièce de gastrectomie - (Dr. MARTIN) février 1960

Sur les 4 prélèvements qui ont été effectués aussi bien au niveau de la zone fundique qu'antrale il existe des remaniements importants qui atteignent les 3 tuniques de la paroi gastrique :

1°) La paroi musculaire est d'épaisseur irrégulière notamment au niveau de la couche musculaire interne. En un point de la zone antrale il existe même un petit nodule formé de faisceaux de fibres musculaires lisses disposées en tous sens et formant un petit nodule sous muqueux qui soulève la muqueuse.

Il s'agit d'un petit nodule léio-fibro myomateux bénin. Le plexus d'Auerbach est tantôt nettement hyperplasique tantôt le siège d'une involution scléreuse sous forme de cal schwannien.

2°) La sous-muqueuse est partout épaissie, à la fois par un oedème et un infiltrat inflammatoire discret et surtout elle est parcourue par un grand nombre de vaisseaux congestifs et dilatés dont les artères sont à parois épaisses et à lumière rétrécie par une endartérite. Certaines de ces artérioles de volume important ont presque une structure d'artères à segment d'arrêt et vont jusqu'à la musculaire muqueuse.

3°) La totalité de la muqueuse aussi bien au niveau du fundus que de l'antre est le siège d'une infiltration inflammatoire interstitielle de surface accompagnée par une érosion quasi-totale du revêtement muqueux superficiel. Le système glandulaire et notamment dans la région fundique reste à peu près régulièrement disposé et la couche muqueuse est interrompu par de multiples érosions voir ulcérations simplex profondes atteignant la musculaire muqueuse et dont le fond est plus ou moins comblé par des débris hémorragiques et inflammatoires. La zone antrale est assez nettement atrophique ; elle aussi interrompue par des ulcérations inflammatoires et hémorragiques au fond desquelles on trouve souvent un pédicule vasculaire.

Il n'y a aucune formation polyadénomateuse vraie ni aucun signe de prolifération maligne. Les ganglions prélevés au moment de l'extemporané sont simplement le siège d'une adénite réticulaire subaiguë chronique et les fragments de muqueuse fundique sont le siège d'une inflammation interstitielle de surface avec congestion vasculaire intense. Il n'existe pas non plus de prolifération polyadénomateuse vraie.

Il s'agit donc au total d'une intense gastrique congestive inflammatoire et érosive avec nombreuses ulcérations plus ou moins profondes dont certaines ont l'allure typique de l'ulcération simplex de Dieulafoy. Il est à noter que les modifications vasculaires de la sous-muqueuse et musculaire sont assez importantes.

Conclusion : Gastrite érosive, ulcérations simplex de Dieulafoy, remaniement vasculaire.

Obs. 252 - Exemple de gastrite ulcéreuse nécrotique.

M.L..., souffrant d'un syndrome de type ulcéreux.

.../. .

RADIO : Sur les clichés anciens de 6 mois niche de la petite courbure, actuellement spicule très discret sur la petite courbure.

GASTROSCOPIE le 20 février 1943 à l'hopital de Vaugirard. Sur le corps existe toute une série d'ulcérations noirâtres allongées à bords blanchâtres paraissant décollés (comparables à des phlyctènes ouvertes). Ces ulcérations sont très nombreuses superficielles. La région antrale n'a pu être examinée. La petite courbure moyenne ne parait pas présenter d'ulcère vrai.

Conclusion : Gastrite ulcéreuse nécrotique du corps.

OBSERVATIONS DE GASTRITES ULCEREUSES COMPORTANT

DES ULCERATIONS MULTIPLES D'ASPECT HEMORRAGIQUE

Obs.233 - Erosions punctiformes purpuriques sur la partie moyenne de la face postérieure du corps de l'estomac.

M.C..., agé de 50 ans, inspecteur des Postes, consulte le 16 février 1961. Il n'avait eu aucun trouble jusqu'en avril 1960. Depuis cette date souffre de douleurs épigastriques survenant une demi-heure à deux heures après les repas, calmées par l'alimentation, irrégulières.

RADIO : Raideur inconstante de la petite courbure sus-angulaire.

GASTROSCOPIE (Dr. HOUSSET). Gastrite intense de la face postérieure du corps de l'estomac prédominant à la partie moyenne. Elle se présente sous l'aspect un peu particulier d'une muqueuse parsémée de petites pétéchies. Ces points rouges punctiformes évoquent la comparaison avec une cicatrice de brûlures. En deux ou trois endroits on observe des petites exulcérations superficielles mais indiscutables.

Obs. 234 - Erosions punctiformes hémorragiques.

M.C..., malade du Dr. PAOLAGGI, souffre de crampes épigastriques immédiatement post-prandiales. Amaigrissement.

RADIO. - Déformation bulbaire, réaction fonctionnelle antrale et niche douteuse sous-cardiale.

GASTROSCOPIE le 30 novembre 1957. Gastrite atrophique de la face antérieure et moyenne du corps. Trois érosions gastritiques situées au niveau de la grande courbure moyenne légèrement hémorragiques punctiformes. Fragilité de la muqueuse anormale, au niveau des points de contact avec le gastroscope. L'exploration de la petite courbure haute ne montre pas de lésion décelable correspondant à l'image radiologique.

Obs. 235 - Erosions punctiformes hémorragiques.

Malade agé de 31 ans, souffrant de douleurs post-prandiales.

GASTROSCOPIE le 29 novembre 1941. Sur la face antérieure de l'antre à

... / ...

la jonction avec la grande courbure 4 ou 5 érosions noirâtres punctiformes (1 mm) accolées et allongées dans le sens de l'axe de l'estomac, entourées d'une zone inflammatoire de 2 ou 3 mm. Souplesse de la région antrale normale. Sur la petite courbure du corps à 5 cm de l'angle, une érosion superficielle allongée de 2 mm un peu recourbée. Une érosion punctiforme à 2 cm de la précédente.

Conclusion : Gastrite ulcéreuse et hémorragique du corps de l'estomac et surtout de l'antre.

Obs. 236 - Gastrite ulcéreuse et hémorragique observée chez une malade ayant eu un melaena le mois précédent.

Malade agée de 64 ans, adressée le 5 mars 1959 par le Dr. SIMON et hospitalisée en chirurgie à l'hopital de Montfermeil. Cette malade a eu un melaena au début de février précédé d'une période de douleurs épigastriques imprécises.

RADIO : Gros plis

GASTROSCOPIE. (Dr. HOUSSET). L'aspect gastroscopique confirme tout à fait l'aspect radiologique. Si la partie basse est sensiblement normale sauf une rougeur très accentuée, la partie moyenne et la partie haute en revanche présentent des remaniements très importants. A ce niveau la muqueuse est non seulement rouge mais très oedémateuse avec des placards de mamelons, surtout sur la face postérieure. L'ensemble parait prêt à saigner et en plusieurs points des suffusions hémorragiques se produisent au contact de la sonde ou du gastroscope. De plus, il existe en trois ou quatre endroits, des ulcérations gastritiques typiques avec pores hémorragiques, fond blanchâtre, contours nets. Dans la partie haute, les plis sont extrêmement volumineux pseudo-tumoraux.

Conclusion : Image de gastrite ulcéreuse et hémorragique

Obs. 237 - Erosions et piqueté hémorragique de la face antérieure du corps de l'estomac, dans sa partie sous-cardiale chez un malade porteur d'un amyloïdose hépatique.

M.C..., agé de 67 ans est adressé le 31 mai 1960 par le service du Pr. FAUVERT. ce malade a une amyloïdose hépatique apparemment primitive symptomatologie cardiale avec importante hyperchlorydrie gastrique.

RADIO : Hernie hiatale.

GASTROSCOPIE. (Dr. BOURDAIS). Gastrite érythémateuse intense diffuse du corps. Une partie de la grande courbure n'a pas été vue à cause de débris

.../..

alimentaires. Sur la face antérieure sous-cardiale, la muqueuse apparait érodée, semée d'un piqueté de suffusions hémorragiques. A la pression abdominale la région parait souple. L'examen de la région cardiale montre effectivement une hernie hiatale de moyen volume avec signes congestifs à son niveau mais il n'est pas vu d'ulcération

Conclusion : petites exulcérations avec piqueté hémorragique de la face antérieure sous-cardiale.

Obs. 238 - Modifications de la vascularisation visibles associées à des pétéchies et à deux ulcérations superficielles hémorragiques.

Mme C..., agée de 47 ans, souffre de douleurs post-prandiales très irrégulières. Le 2 aout 1951 hématémèse. Amaigrissement. Aucun signe clinique d'atteinte spléno-portale.

RADIO : Sur cliché avec compression petite niche de face d'aspect douteux sans convergence de plis.

GASTROSCOPIE. Le 1 septembre 1951. Estomac de grandes dimensions de kinésie faible. Le corps de l'estomac présente un aspect tout à fait particulier:
1°) Une vascularisation très intense avec visibilité des capillaires qui dessine un réseau serré, de plus réseau important de type veineux, mais à peine bleuté. Ce dernier se trouve surtout sur la face antérieure alors que la vascularisation est diffuse dans le corps.
2°) Pétéchies très nombreuses probablement provoquées par la distension par l'air soit diffuses soit groupées.
3°) En deux endroits, ulcérations superficielles de 3mm de long sur 1 mm de large à fond nettement hémorragique (caillots noirâtres) et saignant un peu (sang rouge) au cours de l'examen. L'une de ces ulcérations siège sur la face postérieure moyenne. L'ulcération de la face postérieure comporte deux éléments juxtaposés.

GASTRITES ULCEREUSES SUR ESTOMAC OPERE.

Obs. 239 - gastrite mamelonnée et ulcéreuse sur moignon de gastrectomie.

M.P..., agée de 38 ans, gastrectomie type Finsterer en février 1959 au décours d'une perforation d'ulcère. A la suite de cette gastrectomie, on pratique à nouveau deux interventions successives pour syndrome occlusif et rétrécissements intestinaux par brides. Depuis la dernière intervention, le malade présente des douleurs abdominales à type de crampes irradiant un peu dans la fosse iliaque gauche. Douleurs extrêmement violentes calmées par la position accroupie en avant et les bouillottes chaudes. Le malade a remarqué que ses douleurs étaient calmées par l'alimentation sauf depuis les 10 derniers jours.

RADIO : Ulcère peptique.

GASTROSCOPIE le 25 mars 1961 (Dr. HOUSSET). Moignon de gastrectomie très vaste. La bouche anastomotique n'est vue que de loin : elle parait petite à bords épais. Pas d'ulcère visible à travers l'anastomose. Le moignon gastrique présente une gastrite très importante. Il s'agit d'une gastrite mamelonnée diffuse avec ulcération au centre de certains mamelons. Pas de hernie hiatale visible.

Obs. 240 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse sur moignon de gastrectomie.

Malade agé de 47 ans gastrectomisé il y a deux ans pour ulcère duodénal.
Après avoir été en bonne santé pendant un an, depuis 3 ou 4 mois il se plaint de pesanteurs et de ballonnements épigastriques.

RADIO. Sur les clichés du 24 mars 1956, l'anastomose se présente en effet sous la forme d'un tunnel rigide. Pas de niche visible.

GASTROSCOPIE le 14 avril 1956 (Dr. HOUSSET). Le moignon gastrique est de dimension moyenne. L'anastomose a été assez bien vue mais il n'est pas possible de distendre convenablement cette région en raison d'une tolérance à l'air très médiocre. La bouche elle-même apparait un peu déformée, aplatie de gauche à droite. Les bords sont épaissis, sans lésion décelable. Le grêle n'a pas été exploré au-delà de l'anastomose. Dans le moignon gastrique la muqueuse est très remaniée par des phénomènes gastritiques intenses. Cette muqueuse est très irrégulière mamelonnée avec en deux ou trois points de petites ulcérations en étoile. La région sous-cardiale est normale.

Obs. 241 - Gastrite aphtoïde sur un moignon de gastrectomie de type Péan.

.../...

Malade agé de 25 ans, gastrectomie type Péan pour ulcère duodénal en juin 1939. Depuis l'intervention les douleurs persistent surtout le matin au réveil, à type de crampes sans vomissements. Transit intestinal normal. Amaigrissement 2 à 3 kg.

RADIO. Bouche anastomotique normale.

GASTROSCOPIE le 22 février 1940. Estomac très petit de couleur rouge cerise, franchement plus rouge que normalement, bouche de gastro-duodénostomie très visible avec des sortes de bourgeons correspondant au surjet chirurgical. Sur le plancher de la portion d'intestin visible on voit une série de plis convergents comme s'il y avait une cicatrice. Sur la face antérieure du corps de l'estomac on remarque 3 ou 4 érosions superficielles d'aspect aphtoïde. Mucus un peu noirâtre concrété en un volumineux filament.

Obs. 242 - Erosions superficielles sur un moignon de gastrectomie.

Malade agé de 41 ans, gastrectomie en 1938 (Dr. GUEULETTE) pour un ulcère duodénal. Depuis il a eu trois périodes douloureuses.(février 1942, octobre 1942, mars 1943, à avec douleur sourde post-prandiale irrégulière, calmée par les aliments de façon incomplete.

GASTROSCOPIE : Estomac de très petite dimension. La bouche gastrectomie ne présente pas de lésion franche seule une rougeur de la muqueuse jéjunale est visible à travers la large bouche anastomotique. La petite courbure qui est en amont de la bouche présente plusieurs dépressions profondes, au fond desquelles on voit de minimes érosions dont quelques unes sont saignantes. Ces érosions sont très superficielles, elles n'ont absolument pas les caractères d'un ulcus. La partie moyenne de la petite courbure restante forme une forte saillie qui vient presque au contact du tube. Les plis gastriques convergent vers la bouche. Dans l'ensemble l'estomac présente de nombreux points du mucus concrété. Le lac muqueux est grisâtre.

Obs. 243 - Ulcération superficielle siégeant sur l'éperon de gastrectomie.

M.D..., agé de 43 ans, aiguilleur de la SNCF, a été gastrectomisé en 1938 pour un ulcus duodénal. Les douleurs ont persisté post-prandiales précoces accompagnées d'éructations et de perceptions de borborygmes sans nausées ni vomissements.

RADIO. Moignon et bouche d'aspect normal. Pas de jéjunite.

GASTROSCOPIE le 27 aout 1946. La bouche présente une certaine rougeur mais pas d'oedème et pas de fils. L'anse afférente, l'éperon, l'anse efférente, qui ont été bien vues, présentent des mouvements péristaltiques extraordinairement nets. Pas de jéjunite, on note seulement sur la crête de l'éperon sur sa partie

.../...

haute une petite tache blanche correspondant à une érosion mais non à un ulcère peptique. Le moignon est rouge surtout sur la face postérieure mais sans oedème.

Obs. - 244 - Ulcération superficielle sur la face antérieure d'un moignon de gastrectomie, discrètes érosions associées dans la région sous-cardiale.

Femme agée de 39 ans, gastrectomie le 18 juillet 1952 pour un ulcère de la petite courbure verticale.

GASTROSCOPIE le 27 septembre 1952. Estomac peu tolérant à l'air, non rouge mais à muqueuse assez fragile. Sur la face antérieure à peu près à la moitié du moignon, ulcération de 1 cm de diamètre superficielle, recouverte d'une fausse membrane épaisse et entourée d'une zone gastritique oedémateuse très importante avec en particulier un gros mamelon pseudo-polypoïde très saillant surplombant l'ulcération comme la marisque sentinelle des fissures anales. Immédiatment sous le cardia quelques érosions très superficielles d'aspect opalin.

Obs. 245. - Ulcérations aphtoïdes punctiformes au niveau de la bouche anastomotique gastro-jéjunale, sans fils résiduels décelables chez un gastrectomisé pour un ulcus bulbaire.

M.B..., agé de 28 ans, coiffeur est adressé à M. le Pr. DEBRAY le 23 aout 1956. Ce malade a été opéré 5 Ans avant au Maroc pour un ulcère bulbaire ayant entrainé une sténose pylorique, il allait bien jusqu'à l'apparition des troubles actuels survenus depuis 1 mois et demi, il n'avait pas perdu de poids et avait conservé la même activité qu'avant l'intervention. Les précautions d'alimentation petits repas fractionnés ont été observés pendant 3 ans. Il est en France depuis 3 mois et demi, et surmené. Il se plaint d'une gêne épigastrique à type de pesanteur survenant avant le petit déjeuner et immédiatement avant le repas du midi, pas après le diner, de façon irrégulière plusieurs fois par semaine, calmée par le décubitus, s'accompagnant d'éructations avec impression d'acidité.

L'appétit est normal, le poids non modifié, 55 kg actuellement, le transit intestinal normal.

A la palpation, l'épigastre n'est pas dépressible.

Un EXAMEN RADIOLOGIQUE fait le 27 aout 1956 permet de voir un peu de liquide à jeun, un moignon rétréci à sa partie inférieure, de gros plis près de la bouche qui est étroite, un discret reflux dans l'anse afférente, enfin une

.../...

tache sur le jéjunum au voisinage de la bouche anastomotique mais ne semblant pas traduire un ulcère peptique. L'attention est plus retenue par la partie basse du moignon. Pas de hernie hiatale ni de reflux.

Une GASTROSCOPIE est faite par le Dr. HOUSSET le 4 septembre 1956. Exploration complète et facile. Tolérance à l'air médiocre. La bouche anastomotique a été vue correctement. L'anastomose est de taille normale, arrondie. Les bords de la bouche sont nettement gastritiques, épais rouges brillants avec en deux ou trois points, au niveau de la grande courbure des ulcérations aphtoïdes punctiformes. Pas de fil résiduel décelable. Le grêle visible à travers l'anastomose est également rouge sans ulcère peptique visible en gastroscopie.

Dans le moignon gastrique sur la petite courbure juste en amont de l'anastomose on note l'existence d'un gros pli rouge correspondant vraisemblablement à la partie inférieure du manche de la raquette de gastrectomie. Ce pli saillant ne parait pas ulcéré. Par ailleurs la muqueuse du moignon gastrique est rouge brillante, irrégulière sans ulcération visible.

Donc, stomite érythémateuse et ulcérée importante sans de fil résiduel décelable. Jéjunite associée. Pas d'ulcère peptique visible. Gastrite érythémateuse intense du moignon.

Un traitement anti-ulcéreux d'attaque institué amène une amélioration.

En septembre 1958 après prise de quelques apéritifs les douleurs reprennent violentes brûlures, ballonnement, qui persistent pendant deux heures. Amaigrissement de un kg. On remet le malade au traitement anti-ulcéreux. Nouvelle amélioration.

Nouvelle rechute le 26 janvier 1959. Le malade maigrit de 2 kg, se plaint de brûlures le matin au réveil, et également deux heures après le repas. On le remet au traitement anti-ulcéreux d'attaque avec vitamine C, atropine mais cette fois le résultat est moins bon et au bout de deux mois de ce traitement le malade n'a pas encore pu reprendre son travail. Il signale un fait intéressant c'est que les douleurs apparaissent maintenant surtout lorsqu'il est debout après une heure de station debout.(Ce qui l'empêche de faire son travail de coiffeur). Plusieurs clichés montrent en 1958 une bouche qui paraissait à peu près normale et en 1959, actuellement, un oedème de la bouche avec un aspect polycylique et une modification de la direction de l'anse afférente. Celle-ci fait en effet un angle aigu à sa jonction avec l'estomac. On a l'impression d'une sorte de décrochage de cet anse afférente par rapport aux clichés antérieurs. Ce décrochage explique peut-être les phénomènes douloureux survenant en position debout.

On conseille le port d'une ceinture, la continuation d'un traitement anti-gastritique et sédatif.

Obs. - 246 - Découverte de trois érosions gastritiques dont une angulaire au cours de la vérification endoscopique d'une bouche de gastro-entérostomie.

Mme D..., agée de 54 ans, comptable, est adressée à M. Le Pr. DEBRAY le 25 janvier

.../...

1955. Elle a subit une gastro-entérostomie en novembre 1945 pour un ulcère duodénal à l'origine de douleurs post-prandiales tardives et aussi de vomissements. En 1946 rechute des douleurs traitées par des injections de laristine. Depuis le mois de juin dernier soit un semestre, survenue de troubles dyspeptiques, douleurs épigastriques, assez diffuse, irradiant vers la fosse iliaque droite peu intenses mais de durée longue, une heure, même parfois plusieurs heures. Salivation très marquée.

Amaigrissement de 3 kg en 4 mois bien que l'appétit paraisse conservé, le transit est normal.

La constatation sur les RADIOGRAPHIES du 5 octobre 1954 d'un enraidissement discret de la région angulaire persistant après compression et d'une lacune de face apparaissant sous compression se projetant dans la région de l'anastomose fait demander une gastroscopie, ces aspects persistant sur les clichés du 19 janvier 1953. Il est possible de discerner en outre sur quelques clichés quelques irrégularités de la petite courbure sus-angulaire, mais ne revêtant pas l'aspect finement spiculaire observé ailleurs.

GASTROSCOPIE le 25 janvier 1955 (Pr. DEBRAY)

Soustraction de quelques cm3 de liquide bilieux par la sonde de Camus dont il reste d'ailleurs une quantité très appréciable dans les replis de l'estomac. L'appareil descend facilement jusqu'à la partie déclive. La bouche de gastro-entérostomie qui est large 3 à 4 cm de diamètre est bien vue en aval du pilier postérieur du sphincter antral. Ses bords sont nets. Le grêle sous-jacent, visible à travers la bouche, est normal. Il présente ses plis concentriques, plus pâles que ceux de l'estomac. Il n'y a pas d'invagination gastrique décelable de la bouche de l'estomac. Mais il faut noter que, en gastroscopie, l'estomac est beaucoup plus distendu qu'au cours de l'examen radiologique et il est possible qu'il existe une invagination physiologique et invisible au cours de la gastroscopie. Il faut noter que la zone immédiatement en aval du pilier postérieur du sphincter antral est restée invisible. L'antre est étroit, avec de gros plis paraissant oedémateux. Le pylore est invisible, l'insufflation distendant mal l'antre, car l'air file par la bouche de gastro-entérostomie.

Le sphincter antral, dans la zone de l'angle, présente une muqueuse épaisse, rouge, un peu irrégulière, non saignante, portant deux petites érosions de forme irrégulière, de 1 ou 2 mm de diamètre, sans aucune raideur. L'une d'elle siège juste sur l'angle, elle est cernée d'une zone rouge. Dans le collapsus de l'estomac, cette région pathologique se trouve exactement au contact de la bouche de gastro-entérostomie.

Dans le corps de l'estomac, on note une érosion sur la petite courbure à quelques centimètres du cardia, ayant le même aspect que celle de l'angle. La muqueuse de la petite courbure et de la face postérieure parait oedémateuse. La région sous-cardiale est normale. Présence d'une quantité importante de liquide bilieux dans le bas-fond. Tolérance à l'air normale. Muqueuse fragile (quelques pétéchies sur la petite courbure verticale.)

.../...

En conclusion : Bouche de gastro-entérostomie antrale postérieure, d'aspect gastroscopiquement normal. Aspect gastritique avec érosion de l'angle. Il sera bon de surveiller cette region radiologiquement et peut-être endoscopiquement. Gastrite oedématcuse du corps d'intensité modérée ; avec une érosion gastritique. Reflux bilieux important.

Obs. - 247 - Ulcérations gastritiques en étoile sur le corps d'un estomac ayant été anciennement l'objet d'une gastro-entérostomie.

Femme agée de 48 ans, ayant subi une gastro-entérostomie pour un ulcère du bulbe. souffre de douleurs de type ulcéreux.

RADIO : Bulbe irrégulier, déformé.

GASTROSCOPIE le 28 février 1959. Bouche anastomotique non vue. Partie basse de l'estomac non vue également. Dans le corps gastrite importante avec petites ulcérations en étoile. Cette gastrite remonte jusqu'à la région sous-cardiale. Pas de hernie hiatale.

Obs. 248 - Gastro-entérostomie ancienne. Gastrite mamelonnée et ulcéreuse du corps de l'estomac.

.S..., agé de 56 ans; est adressé par le Dr. MUTEAU le 11 février 1954. Gastro-entérostomie pour ulcus en 1928, s'est ensuite bien porté. Depuis deux ans, syndrome ulcéreux typique (périodes de douleurs tardives calmées par alimentation).

RADIO : Bouche tres haute sur la grande courbure moyenne, bien perméable avec jéjunite. On ne peut discerner d'image d'ulcus peptique. Présence de deux images en nid de pigeon, correspondant à des dilatations du grêle. Possibilité d'adhérences gênant le transit expliquant ces images. Aucun passage pylorique. Antre dilaté. Grande courbure pré-pylorique un peu irrégulière, mais une lésion parait peu probable dans cette région.

GASTROSCOPIE. Pr. DEBRY. Gastroscopie facile. La tolérance à l'air est un peu faible et il faut beaucoup de patience de la part du malade pour que l'on arrive à voir la partie basse de l'estomac. Celle-ci parait normale. On voit le sphincter de l'antre et l'entrée de l'antre. Il n'a pas été possible de voir la région pylorique. Toutefois il est peu probable qu'il y ait dans l'antre des

.../...

lésions car l'aspect de la muqueuse est normal, aucun écoulement spécial ne vient de la région pylorique (ni bile, ni glaire, ni sang). Le sphincter de l'antre , de même que l'antre est étroit. Dans le corps de l'estomac, existe sur la face postérieure, une gastrite mamelonnée très importante, peu-être moins importante qu'on pourrait le croire, car l'appareil utilisé est le nouvel appareil à optique calculé. En certains points de cette gastrite mamelonnée existent de petites érosions très superficielles. Sur la face postérieure : rougeur de la muqueuse assez importante. Au niveau de la grande courbure on voit un gros pli transversal : c'est en amont de ce gros pli transversal qui siège à la jonction des 2/3 supérieur et du 1/3 inférieur du fundus que la bouche de gastro-entérostomie se trouve. Celle-ci est un peu allongée dans le sens vertical et elle ne présente pas de signe de stomite et ni de fil décelable. Elle n'est vue qu'en oblique et il est impossible de savoir l'état du grêle. La région sous-cardiale parait normale. Présence d'un peu de bile dans le bas-fond. Il n'a pas été fait de biopsie, la sonde ayant été arrêtée dans la région du cardia.

Conclusion : Gastro-entérostomie sans stomite siégeant dans le corps de l'estomac assez haut. Antre paraissant normal. Gastrite mamelonnée de la face postérieure.

Obs. 249 - Antécédents de gastro-entérostomie. Gastrite hypertrophique et ulcère du corps de l'estomac.

Malade agé de 52 ans, ayant subi une gastro-entérostomie en 1940 pour lésion inconnue. Depuis 1950 anorexie, amaigrissement, troubles dyspeptiques irréguliers.

RADIO. Amputation de l'antre.

GASTROSCOPIE le 9 juillet 1953. Tolérance à l'air moyenne. L'antre n'a pu être vu. Cependant sa partie proximale présente des plis monstrueux rouges couverts de dépots de mucosité très nombreux. La bouche anastomotique a été bien vue et présente également des signes inflammatoires importants. Dans le corps de l'estomac, plis énormes, muqueuse très rouge, sale, avec par places de petites ulcérations. Région sous-cardiale oedémateuse.

Obs. 250 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse du corps d'unestomac ayant été l'objet d'une gastro-entérostomie.

M.Q.., agé de 61 ans, Antécédents de douleurs épigastriques en 1918. En 1923, laparotomie exploratrice par médiane sous-ombilicale pour une poussée des mêmes douleurs epigastriques. Le malade continue à souffrir de manière irrégulière. En 1950, un ulcère duodénal est découvert. Une gastro-entéros-

.../...

tomie est faite. Les douleurs disparaissent. En 1938 et 1939 réapparition de douleurs de siège plus bas, hypogastriques, accompagnées de constipation. Les douleurs deviennent alors périodiques, actuellement elles ne sont pas rythmées par les repas, siègent dans la fosse iliaque gauche. Elles sont très irrégulières parfois calmées par la prise d'aliments. L'état général est bien conservé néanmoins l'amaigrissement atteint 3 à 4 kg. Les traitements anti-ulcéreux médicaux multiples tentés demeurent sans effet.

RADIO : Bouche de gastro-entérostomie bien placée, antrale, sans image d'ulcère peptique. Légère jéjunite de la bouche anastomotique. La poche à air est normale, présentant peut-être un léger dégradé dans sa partie interne. Les passages duodénaux sont faibles, la majorité de la baryte passe par la bouche.

GASTROSCOPIE le 21 octobre 1954, Pr. DEBRAY. - Le gastroscope biopsique est arrêté à la base du cou et on prend alors le gastroscope ordinaire. Celui-ci est également arrêté au même endroit (il y a probablement une coudure oesophagienne ou peut-être un diverticule qu'il sera intéressant d'étudier par examen de l'oesophage). Finalement, en levant l'extrémité proximale du tube on arrive à passer. L'estomac présente une gastrite extrêmement intense. Il est rouge dans son ensemble, d'un rouge vif, avec, sur la face antérieure basse visibilité vasculaire. L'antre est également très rouge. Sur la face postérieure très importante gastrite mamelonnée, avec même par places, dans le fond des dépressions, petites érosions. Il n'y a pas d'ulcère décelable. La face postérieure de l'antre et le pylore n'ont pu également être étudiés. Il existe un reflux très important de bile dans l'estomac, avec un lac biliaux très net. Dans la région sus- cardiale, on note un curieux aspect de petite poche située au-dessus d'un rétrécissement. Il est probable qu'existe là une hernie hiatale. Pourtant l'aspect de la muqueuse qui se trouve dans la partie supérieure de la petite poche communiquant avec l'estomac est blanchâtre et a un aspect oesophagien. Tolérance à l'air normale. Pas de fragilité muqueuse.

Conclusion : Gastrite diffuse érythémateuse, catarrhale et mamelonnée chez un sujet présentant une gastro-entérostomie qui est restée invisible gastroscopiquement. Reflux biliaux important. Gastrite biliaire. Hernie hiatale.

Obs. 251 - Gastrite mamelonnée et ulcéreuse (ulcérations fissuraires) sur un estomac ayant été l'objet d'une gastro-entérostomie.

M.S..., agé de 44 ans, chauffeur, est hospitalisé salle Chantemesse à l'hopital BICHAT. Ce malade a été opéré en 1947 pour un ulcère du bulbe, gastro-entérostomie. Depuis cette intervention le malade a souffert de nouveau les douleurs ne prenant pas le type ulcéreux et s'accompagnant de vomissements biliaux.

.../...

Un nouvel EXAMEN RADIOLOGIQUE a fait naître la suspicion d'un ulcère pylorique. Sur les derniers clichés la bouche de gastro-entérostomie a un aspect très normal. Ce malade présente un estomac en cascade qui fait craindre des difficultés à l'examen endoscopique.

La GASTROSCOPIE est faite le 18 novembre 1958 à l'hopital Bichat par le Dr. HOUSSET. -Effectivement le gastroscope ne peut pas dépasser la partie supérieure de l'estomac et il n'est pas question de voir ni la bouche anastomotique ni le pylore. Toutefois la gastroscopie apporte un élément intéressant puisqu'elle montre l'existence d'une gastrite très importante mamelonnée avec, en certains endroits,de petites ulcérations fissuraires. Cette gastrite se présente par surfaces plus ou moins grandes distinctes les unes des autres, certaines sont réduites à 1 ou 2 cm2, sur lesquelles la muqueuse est très fortement mamelonnée, et plus ou moins rouge. En particulier la région sous-cardiale présente un placard mamelonné extrêmement rouge qui parait presque au bord du saignement.

Obs. 252 - Gastrite mamelonée et fissuraire chez un malade ayant subi une gastro-entérostomie

Mme L..., agée de 53 ans, a subi une gastro-entérostomie en 1932 faite par le Dr. QUENU. En 1947 la malade présente une anémie à 2.850.000. En 1956 intervention pour prolapsus utérin,cystocèle. A cette occasion on découvre à nouveau une anémie importante.

RADIO : Absence d'opacification de la région antrale l'aspect radiologique étant celui d'une gastrectomie à minima.

GASTROSCOPIE le 11 février 1960. Dr. HOUSSET. - Le corps de l'estomac est très rouge dans l'ensemble. La partie basse a pu être explorée mais la bouche anastomotique n'est aperçue qu'au moment des efforts de vomissements que fait la malade. Il existe une quantité abondante de bile dans le bas-fond la muqueuse est partout très mamelonnée avec de petites ulcérations fissuraires en certains endroits.

Obs. 253 - Ulcération superficielle sur une anastomose de gastro-entérostomie.

Malade ayant eu en février 1959 une intervention exploratrice avec diagnostic de néoplasme gastrique : on a trouvé une gastrite hypertrophique. Elle a été biopsiée chirurgicalement ; muqueuse gastrique infiltrée de cellules inflammatoires polymorphes. Dilatation kystique des glandes profondes. Le malade n'a plus

.../...

souffert depuis son opération mais a maigri de 14 Kg. Le traitement anti-gastritique lui a permis de reprendre du poids.

Les RADIOGRAPHIES de novembre 1959 montrent toujours un aspect pseudo-tumoral.

GASTROSCOPIE le 15 mars 1960. Dr. HOUSSET.- La tolérance à l'air est très médiocre. Hypersécrétion muqueuse. On retrouve bien en gastroscopie les images de plis énormes pseudo-tumoraux, cérébroïdes, rouges. Anastomose placée sur le versant antérieur de la grande courbure. L'ensemble de la muqueuse est très rouge Il est difficile de reconnaitre la muqueuse intestinale. Ulcération assez superficielle, ovalaire, sur le bord de l'anastomose. Très gros plis de la région sous-cardiale également.

Prélèvements par sonde à biopsie aspiration-section.
Etude histologique : c'est un fragment de muqueuse intestinale dont les villosités sont bordées par un épithélium à plateau régulier, le chorion est à peine congestionné. Les plasmocytes y sont en nombre normal. En somme fragment de muqueuse intestinale jéjunale normale.

(Pr. LAUNOIS).

Obs. 254 - Antécédents chirurgicaux particuliers. Gastrite mamelonnée et ulcéreuse du corps de l'estomac.

L..., agé de 45 ans, ouvrier, est adressé à la consultation le 20 mai 1955, pour une hématémèse de sang noir précédée de melaena. Quelques phénomènes douloureux accompagnent l'hématémèse mais peu intenses.(lourdeur épigastrique) Aucun antécédent gastrique.

Les radiographies faites en juillet 1954 et novembre 1954 auraient montré une niche ulcéreuse. En fait à l'intervention le 23 novembre (Dr.HUGUIER) il n'y avait pas d'ulcère. Adhérence entre le foie et la face antérieure de l'estomac. Résection de l'épiploon. Intervention sur la région pylorique sans gastrectomie. En décembre 1954 melaena peu abondant. Depuis janvier 1955, douleurs tardives, irrégulières, sans période franche, calmées par l'alimentation.

Les RADIOGRAPHIES faites, en mai 1955 montrent d'une part, une image un peu suspecte d'ulcère sur la partie haute du corps, d'autre part des modifications antrales extrêmement importantes avec de gros plis et même sur la petite courbure une petite niche irrégulière inconstante. L'aspect de la partie distale de l'antre est étroit, achalasique. Il est difficile d'interpréter ces images en raison de l'intervention chirurgicale antérieure.

GASTROSCOPIE : La petite courbure sous-angulaire est restée cachée pendant l'examen par la saillie de l'angle gastrique. On voit seulement

.../...

la partie inférieur du néo-pylore qui est très curieuse car elle se présente sous l'aspect de deux gouttières séparées par une sorte de pli vertical. Il ne semble pas qu'il y ait une inflammation importante de cette région pylorique (dans la partie vue). D'autre part, sur le plancher de l'antre existe une gastrite mamelonnée extrêmement importante rarement rencontrée dans cette région.
Cette gastrite n'est que la continuation d'une énorme gastrite du corps. Dans le corps existe en effet, une gastrite mamelonnée diffuse portant non seulement sur la face postérieure mais également sur la grande courbure et même sur une partie de la face antérieure. Les mamelons sont serrés les uns contre les autres, juxtaposés, très rouges, portant ça et là sur la face postérieure, près de la petite courbure en particulier, quelques érosions qui ont été bien vues. Cette gastrite remonte jusqu'au cardia.

Une BIOPSIE a été faite sur la face postérieure du corps à la partie moyenne dans la région qui parait macroscopiquement pathologique. Ce lambeau de fundus est le siège d'une réaction interstitielle subaiguë peu intense, caractérisée par un oedème du chorion superficiel et par un infiltration oedémateuse moins marquée du chorion profond au contact de la musculaire muqueuse. Quelques groupes de plasmocytes sont également rencontrés en différents points du tissu conjonctif. Il n'y a pas de modification de l'architecture cellulaire épithéliale. Ce sont en somme les caractères d'une gastrite interstitielle oedémateuse subaiguë, d'intensité assez modérée. (Pr. L'HONNEUR).

Obs. 255 - Malade ayant été l'objet de plusieurs interventions sur la région cardiale, gastrectomie polaire supérieure en dernier lieu. Une partie de l'estomac restant se situe dans le thorax constituant une vaste hernie. L'endoscopie confirme confirme l'aspect radiologique et trouve une première fois des ulcérations étoilées dans la poche supérieure, celles-ci ont disparu aux gastroscopies suivantes.

Mme J..., agée de 38 ans, a été opérée successivement d'une cholécystectomie pour lithiase en 1958, en mai 1958 d'un Heller, puis en avril 1959 d'une hernie hiatale, puis en janvier 1960 d'une gastrectomie polaire supérieure à la Lortat Jacob. En décembre 1960 hématémèse sans melaena. Après un traitement par les anti-biotiques pour une infection urinaire. Phénomènes douloureux très intenses.

RADIO : La moitié supérieure restante de l'estomac est dans le thorax. Il existe un léger reflux sur la première série. Il a disparu sur la deuxième série de clichés.

GASTROSCOPIE. Le corps de l'estomac est très bien vu en enfilade avec de bonnes contractions. L'ensemble est assez rouge. Le lac muqueux bilieux est abondant. Lorsqu'on remonte un peu le gastroscope on découvre effectivement un deuxième estomac avec son lac muqueux bilieux. Ces deux estomacs sont séparés par une sorte de talus qui correspond vraisemblablement au collet de la hernie.

.../...

La muqueuse qui constitue ce talus, est très rouge. Les plis qui soutent cet obstacle sont rouges, modifiés et un peu exulcérés. La muqueuse qui recouvre la partie supérieure de l'estomac est beaucoup plus modifiée que la muqueuse de la partie inférieure. En effet il existe une rougeur beaucoup accentuée et on découvre en plusieurs endroits de petites ulcérations en étoile qui sont situées sur la face antérieure. L'oesophage n'a pas été examiné mais noter que le sphincter du bas-oesophage a été observé à 28 ou 29 cm des arcades dentaires. (Dr. HOUSSET)
19 janvier 1961.

GASTROSCOPIE le 11 février 1961 (sans prémédication) Sécrétion salivaire abondante gênant l'examen. On retrouve les deux poches décrites ci-dessus, avec peut-être un resserrement entre les deux poches moins net que précédemment La poche supérieure est cette fois-ci tout à fait normale à peine un peu rouge. Les ulcérations sont disparues.

Conclusion : disparition de la gastrite ulcéreuse qui a existé antérieurement. Noter que la malade va beaucoup mieux qu'elle a pris 1 kg, et qu'elle ne souffre plus. Il y a donc concordance entre les signes fonctionnels et les constatations gastroscopiques. (Pr Ch. DEBRAY)

La malade a été mieux, mais les phénomènes douloureux reprennent et on se décide à une nouvelle gastroscopie.

GASTROSCOPIE : on a du mal à franchir la région oeso-gastrique, c'est-à-dire la zone d'anastomose. Finalement après avoir retiré la sonde de Camus on arrive à passer, et on descend à travers l'estomac jusque dans la région antrale. On est frappé par un fait nouveau c'est l'importance de la stase. Il existe en effet une assez grande quantité d'aliments (pain probablement) dans le bas-estomac. Or la malade n'a pas mangé depuis la veille. Pourtant le pylore que l'on voit dans le fond fonctionne correctement avec, malgré la vagotomie due à la résection oeso-gastrique, des contractions qui vont jusqu'au pylore et des alternatives d'ouverture et de fermeture très satisfaisantes. La partie basse de l'estomac est normale. La région du passage diaphragmatique est un peu rouge avec une muqueuse un peu épaisse, mais sans ulcération. La poche supérieure qui est anastomosée avec l'oesophage est un peu rouge, mais il n'a pas été suspecté aujourd'hui d'ulcération. Il faut noter sur la face antérieure l'existence de battements cardiaques extrêmement violents qui correspondent aux contractions du coeur qui se trouve au contact même de cette poche gastritique. Pas de notion quant à la région de l'anastomose l'appareil étant trop près de la paroi.

Conclusion : Estomac de stase. Pas de lésion gastrique pouvant expliquer l'importance de phénomènes douloureux. Partie basse de l'estomac normale. Poche supérieure un peu enflammée mais disparition des ulcérations. Pas de notion quant à la région de l'anastomose. Il convient maintenant d'étudier le transit par radio de cette malade (stase due à la vagotomie ou stase duodénale).

(Pr. Ch. DEBRAY) le 4 Mars 1961.

ULCERATIONS GASTRITIQUES ET HERNIE HIATALE.

Obs. 256 - Exulcérations intra-herniaires.

M.D..., agé de 45 ans, agent de reconstruction, est suivi à la consultation pour reflux gastro-oesophagien et hernie hiatale.

RADIO : Les clichés de ce malade montrent une hernie hiatale sans autre anomalie décelable.

GASTROSCOPIE le 6 mai 1958 (Dr. HOUSSET). - Examen difficile car le malade rejette dès l'anesthésie une abondante quantité de liquide gastrique résiduel. Seule la partie haute de l'estomac a été explorée, la région du cardia et de l'hiatus. L'examen de cette région montre une muqueuse rouge avec d'énormes plis. Une intolérance à l'air ne permet pas de distendre la poche gastrique de façon suffisante. Quoiqu'il en soit, il existe certainement une gastrite hypertrophique intense. L'exploration du cardia et de la région hiatale montre effectivement une hernie hiatale endoscopiquement typique. La muqueuse qui tapisse la hernie hiatale nous parait modifiée par des signes inflammatoires importants. Etat mamelonné, rougeur, parfois même, par endroits de petites plages exulcérées.

Obs. 257 - Exulcérations intra-herniaires.

Mme D..., agée de 5[illegible] ans, couturière, a une symptomatologie typique de hernie hiatale.

RADIO : Les radios du 10 avril 1958 montrent une hernie hiatale et au niveau de la partie moyenne de la courbure horizontale une image mal injectée avec de gros plis longitudinaux, et une image presque en cocarde qui est vraisemblablement un pli. D'ailleurs cette image disparait en position debout.

GASTROSCOPIE le 29 avril 1958. (Dr. HOUSSET) Atrophie certaine de la région antrale mais sans modifications grossières à ce niveau. Hypercoloration de la muqueuse du corps de l'estomac mais sans lésion polypoïde ou tumorale à son niveau. En revanche la petite courbure a été très mal vue, l'objectif lui étant constamment accolé. L'exploration de la partie haute a été extrêmement gênée par la présence de liquide en extrême abondance et du fait que l'estomac se laissait difficilement distendre à l'air, il existe une hernie hiatale certaine en gastroscopie, et à son niveau un remaniement évident de la muqueuse gastrique et oesophagienne. En effet, les plis gastriques sont très gros, et sont le siège de petites exulcérations. La muqueuse oesophagienne est très inflammatoire.

Obs. 258 - Une exulcération intra-herniaire. Plusieurs autres ulcérations siégeant au collet sont observées lors d'une seconde gastroscopie un mois plus tard.

Hématémèse de grande abondance chez un malade agé de 70 ans.

RADIO : Hernie hiatale

GASTROSCOPIE le 10 mai 1958. La partie basse de l'estomac n'est vue qu'en fuite. (gastroscope arrêté à mi-corps, estomac en cascade). La partie haute du corps est à peu près normale, quelques gros plis. L'examen de la région du cardia confirme la hernie hiatale. Il montre des signes inflammatoires au niveau des plis de la muqueuse herniée, sur l'un deux on note même une exulcération absolument indiscutable à fond blanchâtre de 5 mm environ.

Une seconde GASTROSCOPIE est faite le 10 juin 1958 (Dr. HOUSSET) Elle ne permet pas de voir la partie basse de l'estomac, mais la partie haute qui est d'apparence normale. La hernie hiatale est à nouveau très bien vue. On ne retrouve pas le pli indiqué dans le compte-rendu de la dernière gastroscopie, mais il persiste des signes inflammatoires importants et en plusieurs points du collet des érosions sans doute très superficielles, mais indiscutables. On en a noté deux ou trois.

Obs. 259 - Exulcération siègeant sur le collet d'une hernie hiatale.

L.M..., agé de 50 ans, a eu deux hématémèses l'une ne février 1956 et l'autre en avril 1956. Les épistaxis sont fréquentes depuis 1953. Ethylisme. A l'examen la rate est palpable, le foie difficile à juger. Amaigrissement de 6 kg.

RADIO . Hernie hiatale

GASTROSCOPIE le 19 mai 1956. L'appareil est arrêté dans la partie haute de l'estomac et on ne voit le corps de l'estomac que de loin. Dans le corps de l'estomac, veines visibles peut-être un peu dilatées mais non variqueuses. Sur la face postérieure, état mamelonné modéré. Il existe une hernie hiatale de petites dimensions, qui donne en gastroscopie l'impression d'un champignon. Cette hernie a deux ou trois cm de haut, elle est peu volumineuse. La muqueuse à son niveau parait saine, juste au niveau du rétrécissement existe une zone d'aspect différent. Sur la face antérieure, on observe une exulcération de 3 ou 4 mm de diametre, un peu ovalaire recouverte d'une glaire. Pas de saignement à ce niveau, pas d'induration, pas de bourgeonnement. Il s'agit très probablement d'une exulcération d'origine gastritique. La distension étant

.../...

un peu poussée. Les petits vaisseaux gastritiques éclatent donnant de petites taches purpuriques.

Obs. 260 - Hernie hiatale avec symptomatologie fonctionnelle riche comprenant en particulier un élément dysphagique. Quelques érosions gastritiques.

M.B..., agé de 33 ans, gérant d'immeubles est adressé à M. le Pr. DEBRAY la 15 décembre 1957. Depuis une année et demi, mais plus intensément depuis 4 mois, il ressent une gêne irrégulière, une impression de blocage au début et au milieu du repas, surtout pour le pain et la viande ; ces troubles ne se produisent pas pour les liquides, durant 5 à 10 minutes, une fois ils ont duré une demi-heure. La fin en est marquée par des éructations, voire des régurgitations. Le signe de l'antéflexion est positif avec reflux de liquide acide. Il n'y a pas à proprement parler de brûlures mais des aigreurs remontant vers la partie moyenne de l'oesophage. Crises de hoquet parfois au moment du blocage. Le poids a tendance a augmenter : 84,3 Kg pour 1m 73. IL ne fume plus depuis 7 ans. La consommation d'alcool est très légère.

Sur les RADIOGRAPHIES gastriques du 29 novembre 1957 on observe une dilatation de l'oesophage avec stase oesophagienne et deux encoches constantes à 4 cm environ au-dessus de la traversée diaphragmatique.

La GASTROSCOPIE est faite le 16 décembre 1957 par M.le Pr. DEBRAY. Passage d'une sonde de Camus dans l'oesophage facile. Celle-ci s'arrête au cardia pendant quelques instants, en amont du rétrécissement. Elle descend ensuite dans le bas fond. On retire 15 cm3 environ d'un liquide grisâtre, non bilieux, ni sanglant. Passage du gastroscope facile. Celui-ci pénètre dans la partie haute de l'estomac, mais il est impossible de descendre plus bas en raison de la forme en cascade de l'organe. La partie haute de l'estomac est normale. On voit très bien, vers le bas le rétrécissement infundibulaire, avec des plis radiés, qui correspondent très probablement à la traversée diaphragmatique. En amont, existe une poche dont la muqueuse est normale. Cette poche se rétrécit ensuite et forme, probablement à la jonction avec l'oesophage, une sorte de replis muqueux, haut de quelques millimètres (4 ou 5 probablement), bien marqués sur la région correspondant à la petite courbure et les faces adjacentes. Ce pli est étroit, a 1 ou 2 mm de haut. Il est souple, très saillant. La sonde de Camus en passant sur lui objective bien sa flexibilité. Immédiatement en aval de lui, sur la région correspondant à la petite courbure existe une sorte d'évagination, de soufflure de la paroi, ébauchant un aspect diverticulaire, avec une limite supérieure nette et une limite inférieure en pente douce. La muqueuse du fond de cette évagination est endoscopiquement normale. D'autre part, sur la région correspondant à la face postérieure, existe une érosion de 4 ou 5 mm de diamètre, irrégulière, à fond blanchâtre, à bords déchi-

.../...

quetés, non saignante, non saillante, non bourgeonnante. Cette ulcération parait très superficielle et n'a pas les caractères d'un ulcère. Une autre érosion se trouve au voisinage de la petite courbure ; elle est beaucoup plus petite. La région de la grande courbure du rétrécissement est noyée dans du liquide. En amont du rétrécissement, on voit une muqueuse pâle, avec de petits vaisseaux en dents de peigne, muqueuse qui a les caractères de l'oesophage.

OESOPHAGOSCOPIE. L'examen est complété par une oesophagascopie. Celle-ci est assez facile. On voit le bord supérieur du rétrécissement, à environ 37 cm des arcades dentaires, rétrécissement saillant et souple, sans ulcération décelable en amont.

Conclusion : anneau simple et saillant, situé probablement à la jonction oesophago-gastrique. Probabilité de hernie hiatale, qu'il convient de rechercher par les techniques habituelles, c'est-à-dire en procubitus- compression-Trendelenburg et après injection de probanthine.

Un nouvel examen radiologique le 23 décembre 57 met effectivement en évidence de façon nette une volumineuse hernie par glissement.

Traitement prescrit : Injections de vitamine C associée au sulfate d'atropine. Prise de réglisse, poudre alcalino-bismuthée, sirop de phénergan, probanthine.

GASTRITES ULCEREUSES D'ETIOLOGIE PARTICULIERE

Obs. 261- Gastrite au cincophène.

Melaena et hématémèse chez un homme de 38 ans ayant subi une électrocution récente.

RADIOGRAPHIES normales.

GASTROSCOPIE le 28 novembre 1957. Atrophie de la muqueuse antrale avec de nombreux vaisseaux visibles. Dans le corps de l'estomac on retrouve une atrophie de la face antérieure moyenne. Sur le versant antérieur de la grande courbure au sommet d'un pli, petite ulcération, qui encoche ce pli et a un aspect hémorragique. Cette ulcération est minime, d'aspect semblable à celui observé chez le chien après cincophène. L'interrogatoire étant repris on apprend que le malade a bien pris un médicament à base de cincophène.

Conclusion ; Antrite et gastrite atrophiques. Petite ulcération du versant antérieur de la grande courbure au niveau d'un pli. Il est possible qu'elle soit à l'origine de l'hémorragie.

Obs. 260 - Gastrite ulcéreuse limitée de la face antérieure du corps de l'estomac après ingestion de teinture d'iode.

Melle L..., agée de 23 ans, a ingéré 10g. de Teinture d'iode 4 mois avant l'examen. Période de douleurs aigües de 10 jours. Pendant trois mois quelques crampes. Depuis un mois douleur semi-tardives et vomissements.

RADIO - Aspect normal.

GASTROSCOPIE : Intolérance à l'air. Sur la face antérieure basse du corps, zone gastrite érythémateuse avec oedème qui infiltre la muqueuse et lui donne un aspect irrégulier, de plus petite zone de un ou deux cm avec ulcération à fond blanchâtre très superficielle. Pas de saignement. Cette zone de gastrite est assez limitée. Elle ne gagne pas la grande courbure ni la face postérieure. Le sphincter de l'antre est étroit, contracté. L'antre n'a pu être vu que dans sa partie haute proximale. L'aspect de la muqueuse y est normal.

Traitement institué à base de collargol.

.../...

Obs. 263 - Gastrite secondaire à l'absorption d'extrait de saturne.

Melle G..., agée de 23 ans, a pris il y a un mois 10 gr d'extrait de saturne pendant 10 jours a cessé pendant 3 ou 4 jours, a recommencé pendant 8 jours. Douleurs gastriques tres vives avec vomissements non sanglants. Coliques sèches, fourmillement dans les mains sans paralysie.

: liseré de Burton. Pas d'ulcération. Petites taches punctiformes sur le bord droit de la langue pâleur, sub-ictère.

GASTROSCOPIE le 14 novembre 1939. Assez douloureuse en raison de la sensibilité à la distension et à la pulsion de l'estomac. Intolérance à l'air. Estomac petit, contractions violentes, signes de gastrite aiguë manifeste. Plis des faces très volumineux, oedémateux. Rougeur vineuse de la partie haute de la petite courbure. A la partie moyenne de la petite courbure et de la face postérieure gastrite érythémato-pultacée avec rougeur. Taches un peu nacrées allongées verticalement avec muqueuse érodée à leur niveau, donnant l'aspect des plaques muqueuses syphilitiques. Ces plaques ressemblent bien que beaucoup plus étendues, à celles observées chez un autre malade sur le sillon gingivo labial supérieur. Noter que la région de la grande courbure est plus rouge que le reste de l'estomac. La région antro-pylorique parait normale.

OBSERVATIONS DE GASTRITE ULCEREUSE AU COURS D'ANEMIES

DE BIERMER OU PARA-BIERMERIENNES.

Obs. 264 - Gastrite aphtoïde très particulière chez une malade atteinte de maladie de Biermer.

Mme N..., agée de 59 ans, hospitalisée à l'hopital de Créteil est atteinte de maladie de Biermer. Elle a 1.500.000 globules rouges.(valeur globulaire non précisée) et une mégaloblastose médullaire vérifiée.

La GASTROSCOPIE est faite le 27 septembre 1947 à l'hopital de Créteil. L'estomac de cette malade n'est absolument pas celui qu'on rencontre dans les Biermer non traités. En effet il n'y a pas d'atrophie : les plis sont normaux, il n'y a pas de visibilité vasculaire qui témoigne d'un amincissement de la muqueuse, pas de plaques d'atrophie non plus. La couleur de l'estomac est presque normale contrastant avec l'anémie considérable. Enfin, présence sur tout l'estomac corps et antre de saillies acuminées petites de 2 ou 3 mm de diamètre et de 1 ou 2 mm de hauteur arrondies non rouges sans prédominance topographique ne siègeant pas spécialement sur les plis. Certaines (2 ou 3) de ces papules sont ulcérées, ayant l'aspect d'une ulcération aphtoïde mais avec un fond blanc et non " beurre frais " (ulcération très superficielle.)

(Pr. DEBRAY)

La malade est revue après être restée 7 ans sans aucun traitement. Elle a 43 mégaloblastes dans la moëlle, 1.900.000 globules rouges. Une acidité libre du sac gastrique nulle dans tous les échantillons une acidité totale ne dépassant pas 0, 45.

GASTROSCOPIE le 15 novembre 1954. Hormis une pâleur modérée et une hypersécrétion muqueuse, estomac gastroscopiquement normal.

Prélèvement au niveau de la partie moyenne du corps : 2 fragments

Etude histologique : Ces fragments ont été fixés par le Regaud. Ils ont été colorés par la méthode de Bowie. On peut donc affirmer que le prélèvement a intéressé deux lambeaux de muqueuse fundique. Il existe en effet une atrophie de la muqueuse avec sclérose interstitielle intense, étouffant les culs de sac glandulaires qui sont réduits en nombre et en volume. Les cellules principales contiennent de nombreuses granulations colorées par la méthode de Bowie et traduisant la présence de grains de pepsinogène. Cette image est donc tout à fait évocatrice d'une atrophie du fundus de nature biermérienne. Il existe donc les arguments histologiques, gastriques, en faveur du diagnostic de Biermer.

(Pr. LAUMONIER).

.../...

Obs. 265 - Gastrite atrophique avec probablement aire nacrée en voie de réparation, érosions herpetiformes dans la partie haute chez une malade atteinte d'anémie de type maladie de Biermer. Cette dernière n'étant pas affirmée par l'observation.

Mme L...., agée de 36 ans, souffre de douleurs gastriques très vives, tardives, nocturnes, à irradiation dorsale, laissant des périodes de calme de 15 jours à un mois. Quelques vomissements. Anémie antérieure rappelant le Biermer : Glossite, anémie à 800.000 globules rouges ayant cédé au foie et à la gastrothérapie. Actuellement 4.150.000 globules rouges.

RADIO : en position couchée, aspect effilé de la région antrale

TUBAGE : Pas de réponse après histamine en janvier 1937.

GASTROSCOPIE le 27 novembre 1937. (glossite rosée sans ulcération) Estomac ne présentant aucun pli. Toute la muqueuse du corps de l'estomac est sillonnée de veines bleuâtres. De plus la face antérieure en amont du pilier antérieur du sphincter de l'antre présente une zone grisâtre de 3 cm de diamètre environ, à bords flous, très brillante, parcourue de plusieurs veinules, zone qui correspond probablement a une plaque d'atrophie gastrique en voie de réparation. Rougeur anormale de la partie haute de l'estomac avec quelques érosions herpétiformes (petites érosions grisâtres de 3 ou 4 mm de diamètre, entourée d'un halo rouge). La région antrale est normale.

Obs. 266 - Gastrite érosive chez un malade atteint d'une anémie hyperchrome dont la preuve de la nature biermérienne n'est pas faite.

M;M..., agé de 55 ans, manoeuvre, a eu en 1939, un épisode diarrhéique aigu durant un mois avec amaigrissement de 8 kg. En 1943 asthénie avec lipothymie, arrêt de travail de 11 mois. Cette asthénie a persisté pratiquement depuis cette période avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. A plusieurs reprises, il a été obligé d'arrêter son travail pendant plusieurs mois. En mars 1954 on a pour la première fois la preuve d'une anémie importante (qui aurait été hyperchrome et macrocytaire). Ponction sternale, pas d'arguments en faveur du biermer.

GASTROSCOPIE "Grand estomac pâle ". Aspect lavé de la muqueuse. Plis bien marqués. Pas de vaisseaux visibles.

Traitement par vitamine B12 à fortes doses qui améliore l'état général, mais qui ne donne qu'un résultat incomplet puisque l'anémie est toujours aux environs de 3.500.000. Examen hématologique récent. Globules rouges : 3.690.000 valeur globulaire : 1,3 globules blancs : 3.200 (après traitement par vitamine B12)

.../...

GASTROSCOPIE. L'estomac n'a pas l'aspect biermérien. Il est de dimensions plutôt petites. Il ne présente qu'une atrophie très modérée. On peut noter une diminution du nombre et du calibre des plis. Mais ceux-ci sont conservés presque normalement sur la face postérieure et la grande courbure du corps. La muqueuse gastrique du corps a peut-être un aspect un peu oedémateux mais il n'y a pas de visibilité vasculaire. Aspect très particulier de la muqueuse antrale. Sur la grande courbure 4 ou 5 stries linéaires longitudinales, rouges, assez épaisses, portent des exulcerations allongées, superficielles, à fond jaunâtre. Ces ulcérations très localisées sont différentes des ulcérations aphteïdes habituelles. Les contractions de l'antre sont parfaites. Il n'y a aucune rigidité, en particulier au niveau de la gastrite ulcéreuse. Dans le bas-fond petite quantité de liquide bilieux. Tolérance à l'air faible. Pas de fragilité muqueuse.

Le 9 décembre 1954 : tubage gastrique à l'histamine. La réponse est faible mais n'est pas nulle, puisque entre la 30 ème et la 40 ème minute on recueille un liquide gastrique dont l'acidité libre monte à 0, 25

Deux Biopsies ont été pratiquées, l'une sous controle gastroscopique dans l'antre dans la région ou se trouve l'antrite décrite ci-dessus (2 fragments). D'autre part prélèvement à l'aveugle dans la région du corps de l'estomac 3 fragments.

Etude histologique. Les 3 fragments prélevés appartiennent à une muqueuse gastrique de type fundique. L'un des fragments a un épithélium de revêtement en hétérotopie caliciforme tandis que le chorion immédiatement sous-jacent est oedémateux et infiltré par un petit nombre de lymphocytes et plasmocytes. Plus profondement on ne constate pas d'atrophie de la muqueuse ni des systèmes glandulaires et on n'observe pas de réaction inflammatoire interstitielle ni de fibrose. Les culs-de-sac montrent une importante proportion de cellules bordantes plus faible cependant qu'à l'état normal. Une chose reste insolite, c'est la disposition des tubes qui au lieu d'être rectiligne prennent un aspect sinueux qui au faible grossissement leur donnent une certaine analogie avec des tubes de type pylorique. Ces lambeaux gastriques ont donc une structure à peu près normale, réserve faite d'un certain oedème du chorion superficiel. On doit toutefois interpréter cette image en fonction du traitement prolongé par la vitamine B12 En effet, dans un certain nombre de cas de malades biermériens certains suivis par biopsie répétée au cours ou à la suite d'un traitement vitaminique, ont été notés des aspects de réparation, avec réconstitution des tubes glandulaires, non sans analogie avec l'aspect rencontré dans ce cas. Ce qui ici constitue un indice en faveur de la nature biermérienne de la lésion est l'aspect pseudo-pylorique de certains tubes avec un contour sinueux comme cela est observé dans les estomacs biermériens typiques. Bien entendu il est impossible de donner une certitude morphologique devant une muqueuse ayant une structure aussi proche de la normale que celle qui a été donnée à examiner.

(Pr. LAUMONIER)

TABLEAUX RECAPITULATIFS

ASPECTS GASTROSCOPIQUES ET CLASSIFICATION

Gastrites mamelonnées et ulcéreuses (érosives) 86 obs. n° 1 à 86	Fissuraires	18 obs.	
	Etoilées	12	41 obs
	Fissuraires, étoilées punctiformes, arrondies.	11	
	Aspects divers	45	
Gastrites pseudo-polypoïdes ombiliquées "en ventouses de poulpe" ou varioliformes 12 obs. n° 87 à 98	Antrales	2	
	Fundiques	7	
	Diffuses	3	
Gastrites aphtoïdes 21 obs. n° 99 à 119	Une seule ulcération	9	
	Quelques ulcérations	5	
	Ulcérations plus nombreuses	7	
Gastrites limitées à une région peu étendue de l'estomac, les gastrites aphtoïdes étant exclues. Il s'agit essentiellement d'érosions simples et d'érosions ou ulcérations plates (14) 59 obs. n° 120 à 178	Sphincter antral	13	
	Angle	9	30
	Petite courbure	8	
	Région sous cardiale	8	
	Faces. Ant. 8 Post. 13	21	
Gastrites ulcéreuses et ulcère 43 obs. n° 179 à 221 Erosives 30 Aphtoïdes 1 A ulcérations plates 11 En ventouse de poulpe 1	Ulcère associé à un petit nombre d'ulcérations, au voisinage	6	
	à distance	5	11
	Ulcère et gastrite érosive distincts	10	
	Gastrites avec ulcérations gastritiques proches de l'ulcère	6	
	Ayant franchement son aspect	7	13
	Ulcère succédant à une gastrite ulcéreuse	5	
	Gastrite ulcéreuse succédant à un ulcère	4	
Gastrites à ulcérations plates 34 obs.	Gastrites érosives plates	9	
	Gastrites limitées	14	
	Gastrites ayant un rapport avec l'ulcère	11	
Gastrite fissuraire proprement dite (grande fissure) n° 228		1	
Gastrite avec élément d'aspect furonculeux n° 229		1	
Gastrite ulcéreuse nécrotique n° 232		1	
Aspects divers		6	

.../.

ASPECTS GASTROSCOPIQUES ET CLASSIFICATION (suite)

Gastrites ulcéreuses hémorragiques
Exulceratio simplex : aucune observation gastroscopique formelle.
Gastrites punctiformes hémorragiques 3
Autres aspects 3
6 Obs. n° 233 à 238

FORMES ETIOLOGIQUES

Gastrites ulcéreuses sur estomac opéré.
17 obs. n° 238 à 254

Après gastrectomie	7
" gastro-entérostomie	8
" pylorectomie	1
" gastrectomie pol. sup.	1

Gastrites ulcéreuses sur hernie hiatale
5 obs. n° 255 à 259

Sur collet	2
Dans la poche	4

Formes étiologiques particulières
6 obs. n° 260 à 266

SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE

Type	Nomb. obs.	Doul.	Brul.	Cramp.	Hor. prec.	Hor. tard.	Synd. Ulc.	Inf. alim.	Tr. dysp.	Anor.	Naus.	Vom.
Mam. Eros.	86	65	21	12	6	17	13	8	18	8	6	10
V.P.	12	9	3	2	1	2	1	1	2	1		3
Apht.	21	12	5	3	1	5	2		2	2	1	4
Gas. lim.	59	35	15	12	4	15		2	8	6	4	11
+ ulc.	43	39	11	9		6	14	2	6	5	6	9
Cas part.	45	27	6	5	6	3	4	1	8	2	2	3
Tot.	266	187	61	43	18	48	34	14	44	24	19	40
%		70 %	23 %	16 %	7 %	18 %	12 %	5 %	23 %	9 %	7 %	15 %

	ETAT GENERAL		ANCIENNETE DES TROUBLES digestifs et généraux		
	Atteinte sensible	Tendance cachectisante	Récents (1 mois)	1 mois - 1 an	Plus 1 an
Mam. Eros.	22	6		21	32
V.P.	3	1	1	3	4
Apht.	3	2		4	3
Gas. lim.	9	5	5	10	12
+ ulc.	12	6	3	13	17
Cas part.	11	2	1	6	2
Tot.	60	22	10	57	70
%	23 %	8 %	4 %	21 %	26 %

R A D I O L O G I E

Type de gastrite.	Nomb. obs.	S. Rad. notables.	Irreg. P.C.	Gros plis.	Susp. niche.	Mod. antr.	Mod. bulb.
Mam érosives	86	72	28	33	18	10	20
Ombiliquées	12	11	1	5	2	6	1
Aphtoïdes	21	9	2	4	2		3
Localisées	59	47	25	6	14	13	9
G. Ulc. et Ulcère	43	39	16	9	18 *	9	7
Cas particulier	45	24	5	5	7	7	3
Total	266	202	77	62	61	45	43
Pourcentages		76 %	28 %	23 %	23 %	17 %	16 %

* Parmi celles-ci 13 sont certaines

	S E X E		A G E				
Type gastrite	Hommes	Femmes	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	Au dela
Mam. érosives	73	13	2	17	27	27	8
Ombiliquées	8	4	2	2	1	3	1
Aphtoïdes	18	3	1	8	5	2	4
Localisées	45	14	8	5	16	16	11
G. Ulc. et Ulcère	30	13	5	8	10	12	7
Cas particulier	25	20	6	6	11	8	9
Total	199	67	24	46	70	68	40
Pourcentages	75 %	25 %	9 %	18 %	28 %	28 %	16 %

C O N C L U S I O N S

I - L'étude globale des gastrites comportant des ulcérations endoscopiquement visibles, distinctes de l'ulcère de CRUVEILHIER, montre une unité relative dans les expressions cliniques, aucun aspect endoscopique ne revêtant une individualité clinique nette, l'existence de problèmes diagnostiques particuliers sur le plan endoscopique et la nécessité de mesures thérapeutiques communes. Cette unité est renforcée par l'impossibilité de distinguer parmi les gastrites ulcéreuses celles où les ulcérations sont constantes et significatives d'un processus pathologique particulier définissant l'affection, de celles où les ulcérations seraient éventuellement incidentes.

L'étude des gastrites ulcéreuses ainsi conçues se heurte en revanche à une difficulté : la reconnaissance endoscopique des plus minimes ulcérations et leurs rapports avec les altérations histologiques uniquement accessibles au microscope.

II - Les aspects gastroscopiques peuvent être schématisés. On observe des érosions fissuraires, étoilées, punctiformes, soit pures, soit mélangées entre elles, en général nombreuses et accompagnant des signes d'altération diffuse de la paroi. Les érosions punctiformes hémorragiques et nécrotiques forment des catégories particulières. On observe d'autre part des ulcérations aphtoïdes, des ulcérations ombiliquées varioliformes dont l'alignement parfois caractéristique donne un aspect de ventouses de poulpe, enfin des ulcérations plates de dimensions et de profondeurs variables. A côté de ces aspects majeurs il faut faire une place à certaines grandes fissures et à de grandes ulcérations plates; il s'agit là de variétés plus rares représentant des aspects extrêmes et particuliers des précédentes.

- La topographie des lésions parait avoir une certaine corrélation avec leur caractère. La majorité des gastrites diffuses ont un siège fundique électif respectant la région sous cardiale avec une prédominance sur la face postérieure, mais certaines gastrites, dont la gastrite pseudo-polypoïde ombiliquée connaissent volontiers la prédominance antrale chère aux anatomo- pathologistes. Enfin, les gastrites limitées siègent souvent sur le sphincter antral

.../.

la petite courbure et la région sous cardiale.

- Le polymorphisme des lésions sur lequel on a insisté semble néanmoins connaître un certain ordre et il est fréquent d'autre part d'observer des aspects assez purs.

III - Histologiquement nous distinguons les érosions où les lésions n'intéressent pas la muscularis mucosae des ulcérations proprement dites où la muscularis mucosae est altérée et même détruite avec atteinte de la sous muqueuse voire à un degré variable de la musculeuse.

- Parmi les érosions, on peut distinguer, suivant BRINTON, les érosions punctiformes et les érosions étalées, qui diffèrent sensiblement, non seulement de dimensions mais d'aspect, en particulier par leurs bords. Le problème de la filiation de l'une à l'autre lésion n'est pas résolu. Les érosions fissuraires et étoilées peuvent être rapporchées des érosions punctiformes par leur structure, on retrouve donc, dans une certaine mesure, une unité histologique relative parallèle à l'unité endoscopique. L'histologie des érosions punctiformes hémorragiques et celle des érosions nécrotiques ont des caractères particuliers et viennent aussi à l'appui de leur distinction endoscopique. L'identification histologique précise de ces différentes lésions n'a pas qu'un intérêt doctrinal car elles peuvent résulter de mécanismes différents au moins sur le plan local. C'est ainsi que certaines d'entre elles obsefvées chez des cirrhotiques sont escarrotiques et infarctoïdes.

- Les ulcérations proprement dites correspondent en gastroscopie aux ulcérations aphtoïdes et surtout aux ulcérations plates, en particulier de petite et de moyenne dimension. La filiation de ces dernières avec l'érosion étalée semble se vérifier. Le mode d'élimination de la muscularis mucosae est caractéristique. Une telle ulcération aiguë entamant alors la musculeuse est susceptible éventuellement d'aboutir à un ulcère aigu par la rupture totale de celle-ci et de revêtir ainsi le critère topographique majeur de l'ulcère de CRUVEILHIER, mais elle en diffère par l'absence de sclérose, de rétractions, et de modifications vasculo-nerveuses, expressions de la chronicité de ce dernier.

- La question se pose alors de savoir si ces caractères de l'ulcère chronique de CRUVEILHIER peuvent s'observer secondairement sur une telle lésion

.../.

qu'elle ait atteint ou non le degré le plus extrême de son développement en profondeur. Il ne peut y être répondu par l'observation histologique seule, la juxtaposition de lésions dans l'espace ne permettant pas de déduire leur succession dans le temps. C'est là que la gastroscopie intervient conjointement à l'examen histologique et s'il lui est difficile d'apporter la preuve du passage d'une lésion à une autre, elle est parvenue avec le Pr. DEBRAY à serrer le problème le plus près possible et d'en entrevoir la réponse positive dans certains cas de façon formelle.

- Enfin, au cours des gastrites ulcéreuses, il existe en général, en même temps que les ulcérations proprement dites une atteinte histologique diffuse de la muqueuse, groupant le plus souvent une atteinte épithéliale et interstitielle ainsi qu'en témoignent les biopsies musueuses.

IV - Les gastrites ulcéreuses ont dans la majorité des cas une expression clinique. Celle-ci peut être constituée par des douleurs variables, parmi lesquelles les brûlures post-prandiales tardives, aussi bien et plutôt même que précoces, tiennent une place de choix, par un syndrome ulcéreux plus ou moins typique, par des troubles dyspeptiques. Les vomissements sont relativement fréquents de même que les tendances nauséeuses. La sialorrhée post-prandiale bien que rare est très évocatrice. L'altération de l'état général est très fréquente et sensible, elle peut atteindre un état cachectique caractéristique de certaines formes.

V - Les gastrites pseudo-polypoïdes ombiliquées peuvent avoir une expression radiologique particulière et hautement caractéristique bien que non absolument pathognomonique. Un aspect accentué et grossier du plissement est très fréquent au cours des gastrites érosives et les aspects finement dentelés de la petite courbure qui sont loin de traduire fidèlement des ulcérations témoignent en général d'un état pathologique très compatible avec une gastrite ulcéreuse.

VI - La fréquence d'une hyperchlorhydrie dont la possibilité est certaine serait à apprécier comme son éventuelle signification par une

.../.

confrontation systématique entre les données de la gastroscopie et du tubage.

VII - L'évolution, de façon générale, est chronique. Les formes intenses avec extension des lésions en profondeur évoluent en effet sur une période de temps assez longue pour permettre de les distinguer des gastrites aiguës proprement dites. Il s'agit le plus souvent ainsi de poussées à tendance subaiguë assez étalées dans le temps récidivant sur un état pathologique chronique plus ou moins marqué. Néanmoins l'éventualité d'épisodes uniques et limités dans le temps n'est pas exclue.

VIII - Parmi les formes cliniques on distingue :

- Les gastrites érosives, les plus nombreuses, marquées par une prédominance masculine très forte à l'âge moyen, avec influence de l'éthylisme et du tabagisme, par une évolution chronique et récidivante, par une expression fonctionnelle riche et une expression radiologique indirecte fréquente.

- La gastrite pseudo-polypoïde ombiliquée qui paraît aussi fréquente chez la femme, se voyant à n'importe quel âge, pouvant donner des images radiologiques typiques.

- La gastrite aphtoïde semblant actuellement plus rare

- Les gastrites à ulcérations plates auxquelles il est difficile de reconnaître une physionomie clinique particulière.

- Les gastrites ulcéreuses hémorragiques qui sont essentiellement de deux types : l'exulceratio simplex de DIEULAFOY, sorte d'ulcération plate (BELLIN) aiguë unique atteignant la sous muqueuse où elle dénude la face latérale d'une artère, source d'hématémèses dramatiques, les gastrites à ulcérations multiples d'aspect hémorragique à l'endoscopie qui sont rarement la source d'accidents majeurs, l'aspect le plus fréquent étant celui des érosions punctiformes hémorragiques.

- Les gastrites ulcéreuses sur hernie hiatale qui sont relativement fréquentes, discrètes, très superficielles et siègent soit sur le collet soit dans la poche. Leur rôle possible dans les hémorragies observées chez ces malades est difficile à mettre en évidence.

.../.

- Les gastrites érosives observées après gastro-entérostomie et les gastrites érosives ou aphtoïdes obsefvées sur des moignons de gastrectomie. La prédominance classique des stomites érosives (l'élimination de fil exclue) n'a pas été retrouvée.

- Les gastrites ulcéreuses chez les cirrhotiques, peu étudiées par gastroscopie,qui sont fréquentes et soulèvent des problèmes pathogéniques particuliers. Les lésions suivant les travaux récents, y sont de types bien définis.

IX - Les gastrites comportant des ulcérations creusantes sont très importantes à la fois sur le plan pratique et sur le plan doctrinal.

- Sur le plan pratique le point essentiel est la réalité de telles lésions quelque soit leur signification par rapport aux gastrites ulcéreuses habituelles et leur caractère histologique aigu ou chronique. Toutefois, les ulcérations aiguës risquent d'aboutir plus facilement à la perforation que les ulcères chroniques mais c'est ici une nuance dont la distinction pratique est difficile. La possibilité de gradation entre les deux types histologiques ne peut être rejetée et rend une telle distinction encore plus délicate.

- Sur le plan doctrinal ces lésions posent le problème des rapports nosologiques entre gastrite ulcéreuse et maladie de CRUVEILHIER. Les solutions de ce problème dépendent d'une part de l'aspect histologique des ulcérations creusantes et de leur filiation avec l'ulcération gastritique atteignant seulement la sous muqueuse, points qui ont été vus, et d'autre part de la définition que l'on adopte de la maladie de CRUVEILHIER, cette définition pouvant être purement anatomo-pathologique ou considérer la maladie dans l'ensemble des manifestations qui lui confèrent son individualité clinique.

- Si une définition purement anatomo-pathologique est admise, il en résulte le passage de certaines gastrites ulcéreuses à l'ulcère de CRUVEILHIER. Si on considère l'individualité remarquable de la maladie de CRUVEILHIER dans la pratique, on est conduit à reconnaître deux ulcères de CRUVEILHIER, l'un, le plus fréquent, correspondant à la maladie de CRUVEILHIER proprement dite et sur lequel aucune extrapolation n'est autorisée quant à son mode de formation local en dépit des théories de KONJETZNY reprises récemment par THOMPSON, l'autre résultant de l'évolution locale d'une ulcération gastritique. On est donc ainsi amené à envisager de nouveau la théorie dualiste de MOUTIER exposée

.../.

au Congrès International de 1935.

Dans l'incertitude sur l'identité de la pathogénie profonde des deux lésions, nous nous abstiendrons ici de prendre position sur ce point d'interprétation pour mettre l'accent sur la réalité du fait lui-même vérifiée par la gastroscopie. Il faut encore noter que la possibilité du passage de l'ulcération gastritique à un certain type d'ulcère n'exclue nullement celle de poussées de gastrites ulcéreuses accompagnant l'ulcère de la maladie de CRUVEILHIER ou interférant dans son évolution telle que MOUTIER et BELLIN l'ont décrite,et nous avons relevé des observations illustrant cette dernière éventualité.

- La fréquence des gastrites passant à l'ulcère semble peu importante, la proportion des femmes y est relativement élevée. L'atteinte de l'état général est souvent marquée, l'expression fonctionnelle en général riche. L'expression radiologique peut être celle d'une gastrite banale d'où l'importance de la gastroscopie. L'évolution se fait soit vers la régression soit vers la perforation obligeant alors à des mesures chirurgicales.

X - Les processus pathogéniques paraissent multiples. Certains, classiques, irritation locale, infection, paraissent en cause dans quelques cas (Rôle de l'alcool et du tabac) Un mécanisme allergique, des phénomènes sous la dépendance de liaisons cortico-viscérales paraissent souvent dominants.

- Sur le plan expérimental les gastrites ulcéreuses sont une affection privilégiée. La notion de gastrite ulcéreuse expérimentale doit être substituée dans beaucoup de cas à celle d'ulcère expérimental. Parmi les procédés d'obtention, la ligature du pylore de SHAY, et l'utilisation de substances médicamenteuses, en particulier des dérivés cortisoniques, de la phénylbutazone et du cincophène sont les plus importants.

XI - L'interrogatoire et l'examen radiologique ne sont que préparatoires au diagnostic endoscopique. Ce dernier connait deux difficultés, le diagnostic positif des érosions très superficielles surtout lorsqu'elles sont cachées sous un enduit pultacé et le diagnostic différentiel d'ulcérations gastritiques isolées soit avec un ulcère en voie de cicatrisation soit avec un cancer débutant.

.../.

XII - La thérapeutique médicale groupe des mesures hygiéno-diététiques l'usage conjoint de pansements, d'anti-gastritiques locaux et de médications parentérales utilisées dans les ulcères. Les pansements groupant les sels de bismuth, le carbonate de chaux, les gels d'alumine surtout. Parmi les anti-gastritiques la réglisse et la prométhazine sous forme de sirop ont supplanté le collargol, bien qu'efficace, en raison du risque de pigmentation. Parmi les injections parentérales l'association d'atropine et de vitamine C à dose forte parait particulièrement recommandable.

Ce n'est que dans les formes ayant résisté au traitement médical conduit sous surveillance, avec menace de perforation que se pose l'indication d'une gastrectomie partielle.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur Ch. DEBRAY

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS :

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

La bibliographie des publications centrées explicitement sur les gastrites ulcéreuses est relativement pauvre, celle des publications touchant indirectement ce sujet est en revanche extrêmement vaste et mal limitée, la poursuite de ces dernières dans le désir d'être complet risquerait de noyer les références significatives et de fausser la façon réelle dont ce sujet se présente sur le plan bibliographique. Si nous n'avons pas limité les références aux publications centrées sur le sujet, nous avons donc restreint les autres. D'autre part, en dehors de références particulièrement importantes, nous renvoyons à la thèse de BELLIN pour la bibliographie antérieure à 1941.

ABEL W. - Die Röntgendiagnose der Gastritis erosiva.
Fortschr. Rontgenstr. 80 p. 39-50. 1954

ALBOT G. LEGER L. TRICARD A. - Formations polypoïdes à sommet ombiliqué de la muqueuse gastrique simulant le polyadénome.
Presse Med. T 17 p.190. 19 Mars 1947

ALESSANDRINI P. - Le gastrite ckroniche
Seconde Edizione. Vallechi Editor. Firenze. 1946

ARON E. - Le rôle protecteur de l'acide ascorbique dans les ulcérations digestives médicamenteuses, expérimentales et cliniques en particulier par la butazolidine.
Thérapie. T. 13 pp 185-90. 1958.

BAUMEL J. FASSIO E. - Gastrite ulcérative diphtéroïde diagnostiquée endoscopiquement.
Bull. de la soc de Broncho-oesophagol. et de gastroscp. de langue française.
I. p 23-29 1951. Montpellier Med. 1953. 43 365 - 370

BAUMEL J. FASSIO E. et BONNET M. - Gastrite ulcérative au cours d'un syndrôme bantien.
Semaine des Hôpitaux de Paris. T. 31 p 2775 - 2777.
2-5 septembre 1955.

BELLIN A. - Les gastrites ulcéreuses. Etude anatomo-clinique et endoscopique.
Thèse. Paris 1941 n° 270
A. Legrand et Bertrand. Edit.

BENEDICT E B. - Endoscopy
The Williams and Wickins Cy.
Edit. Baltimore. 1951

BENEDICT E B. - Gastrite. Plaidoyer pour une nomenclature rationnelle basée sur les observations pathologiques.
Gastroenterology. 37 p 215. Aout 1959

BIANCHI P.G. - Gastriti ponfoidi e varioliformi
Riv. di Anat. Patol et Oncol. 1. 4 1948

.../.

BONFILS S. HARDOUIN J.P. ROSS I.G. RICHIR L et LAMBLING A. - Les ulcérations gastritiques provoquées chez le rat blanc par la cortisone et la delta-cortisone
Archives des Mal. App. Digest. T 46 pp. 385-399. 1957

BOCKUS HL. - Gastro-Enterology.
W.B. Saunders Cy edit.
Philadelphie et Londres 1944

BOSCH LM. et DEL MARCO - Contribution à l'étude de la gestrite érosive
Ann. de la Fac. de Méd.
Montevideo. 34 8-9 p 891. 1949.

BRINTON - Traité des maladies de l'estomac. 1870

BROUSSAIS - Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques
Paris 6ème Edition. T 111 p 73. 1826

BROWN A.E. - Chronic ulcerative gastritis. Report of a case with successful termination on a medical regimen.
Proc. Staff. Meet. of Mayo Clin. 12 17 mars 1937

BUCKER J. - Gastritis. Ulcus und Karzinous
G. Thieme Verlag Stuttgart. 1950

CATTAN R. - Les gastrites. In traité de médecine T. VII
Maladies du T.D. Masson edit. Paris. 1948

CATTAN R. FRUMUSAN P. BRULE G. COUSIN R. - Traitement des gastrites chroniques par le 3277 R.P. Phénergan.
Arch. Mal. App. Dig. 38 5-6 pp 449-457. 1949

CHAPPELLART P. HACHETTE J.C. SALLET - Erosions de la jonction oesophago gastrique, à propos de 7 cas observés au cours de gastroscopies.
Arch. Mal. App. Dig. p. 1102. 1959

CHELI R. OLIVA L. DODERO M. - Aspects radiologiques d'éléments varioliformes non confirmés à l'examen gastroscopique 2 observations.
Arch. Mal. App. Dig. Mal. Nutr. T 47 p 811-4 1958

CHIRAY M. JUSTIN BESANÇON L. et DEBRAY Ch. - La gastrite pré-ulcéreuse expérimentale.
Soc. Biologie T. CXXXIV n° 7 pp 372-375 Nov. 1940

DAGRADI AE. OLSON D. STEMPIEN S. - The gastric mucosa in liver cirrhosis AM endoscopic study. Gastroenterology fasc. 2 p. 74. 1956

D'ASTE G. - Gastriti ponfoidi e varioliformi nell'etiopatogenesi dell' ulcera rotonda.
Riv. di Chir. e Med. 2 p 551. 1950

DEBRAY Ch. CATTAN HAMBURGER LEGER SIGUIER - Gastrite. Quelles sont les possibilités thérapeutiques actuelles ?
Confrontations thérapeutiques de l'Hôpital Necker
Presse Médicale T. 67 n° 48 p 1785. ler. octobre 1959

DEBRAY Ch. HARDOUIN J.P. LAUMONIER R. HOUSSET P. HELIE J.P. MARTIN E. La gastrite éthylique sous le contrôle de la gastroscopie.
Arch. Mal. App. Dig. T 46 pp 925-35. 1957

DEBRAY Ch. et HOUSSET P. - L'estomac des alcooliques
La revue du Praticien T. III 32 pp 2.393-2.400. 1953

- LAUMONIER R. et HOUSSET P. - Confrontation des données gastroscopiques et des biopsies muqueuses gastriques dans les gastrites
Arch. Mal. App. Dig. 41 9-10 pp 922-937 1952

.../.

DEBRAY Ch. LAUMONIER R. et HOUSSET P. - Biopsie par aspiration section de la muqueuse gastrique et aspects gastroscopiques
Sem. Hop. Paris T 29 n° 40 pp. 2018 - 2027. 1953

- - DELAVAULT J. et ROUSSELET - Les modifications de la paroi et du suc gastrique après ligature du pylore chez le rat blanc Test d'action des médicaments anti-ulcéreux.
Arch. Mal. App. Dig. Nutr. T. 39 pp 297 - 318 1950

- PARROT J.L. et RICHET G. - Sur le mécanisme physiologique des ulcères gastro duodénaux.
Presse Med. 17 pp. 218 - 219 1945

DIEULAFOY G. - Clinique médicales de l'Hôtel Dieu de Paris
1897 - 1898 pp. 1 - 62

DUHAMEL J. - Action des antihistaminiques de synthèse dans les gastrites Etude clinique et expérimentale.
Thèse Paris n° 445 Dact. 135 p 1950

- Gastrites et antihistamoniques de synthèse.
Masson et Cie. Edit. 1952

- CORNET A. OECONOMOS N. HEWITT J. PICHARD R. - Epithélioma muqueux développé sur une gastrite hyperplasique et ulcéreuse au voisinage d'une cicatrice d'ulcère. Cinq gastroscopies
Arch. Mal. App. Dig. T. 42 n° 1 pp 45-53 Janvier 1953

- OECONOMOS N. et CORNET A. - Ulcère gastrique, cancer muqueux et gastrite. Rapports réciproques à propos de trois observations.
Bull. Soc. Med. Hôp. Paris. Séance du 9 Décembre 1955
p 1208

DUPUY R. CORNET A. et PAOLAGGI J. - Sur une ulcération gastrique.
Arch. Mal. App. Dig. T 42 n° 1 p. 41-45 Janvier 1953

EHRENZWEIG M. ROSA - L'exulcération simple de l'estomac
Thèse de Genève 24 p. 6 fig. 1953

FABER Knud - Gastritis ans its consequences.
Oxford médical. Publ. Edit. 1953

FELCI L. - Gastriti
Relazione XVII Congr. Soc. Mal. di Radiol. 1952

- Rontgendiagnostik der gastritis
Roentgen. Europ. T I. Fasc. 1° p. 94 -117. 1961 (Genova)

FIESCHI A. et CHELI R. - Le Gastriti. Relazione AL LVII Congresso della sociéta Italiana di Medicina Interna Milano. Octobre 1956
Luigi Pozzi editore. Via Sistina 14. Roma 1956.

GHEZZI - La gastrite boutonneuse
Thèse Med. Paris. 1944

GUTMANN R.A. et KANOUI F. - Essai de traitement des gastrites et des ulcères gastro-duodénaux par la réglisse.
Arch. Mal. App. Dig. T. 42 pp. 563-570 1953

GUTMANN R.A. LEANDRI GORDET BADULIN et Jacqueline GUTMANN-DAOUD
Un cas de gastrite pseudo-polypoïde ombiliquée
Confrontations radio-anatomo-cliniques publiées sous la direction de M . CHIRAY, R.A. GUTMANN et G. SENEQUE
T III p. 18 - 19 - 20
G. DOIN et Cie. MASSON et Cie. Editeur Paris 1949

GUTZEIT K. und TEITGE H. - Die gastroskopie. Urban und Schwarnenberg München und Berlin 1954

.../.

HAMPERL - Zur histologie der akuten gastritis und der erosienen der magens-chleimhaut
Beitr. Z path. Anath. T. LXXXX pp. 85-141 1932-1933

HANKE H. - Zur pathogenese der akuten erosiven Gastritis : die experimentelle hematogene coffeingastritis
Arch. F. KLIN. Chir. 178 PP. 607-628 1934

HARDOUIN J.P. - Les phénomènes vasculaires de l'ulcère gastrique humain et expérimental. Application à l'étude des ulcérations gastriques des rats à pylore lié. Le rôle du rein dans le mécanisme physio-pathologique des lésions.
Thèse de Paris n° 659. 1952

HAYEM G. et LION G. - Les lésions de la couche musculaire de l'estomac dans les gastrites
Arch. Gen. med. 1903

HENNING N. - Die Entzündung des Magens.
Leipzig J.A. Barth éditeur 1934

HENNING N. - La gastrite chronique à la lumière des méthodes d'étude moderne.
Gastro enterologia 92 pp 307-322 1959

HILLEMAND P - Maladies de l'estomac, de l'oesophage et du duodenum
Flammarion edit. Paris 1950

IDE - La gastrite érosive : physiologie diagnostic et traitement
Bull. Acad. r. de Med. de Belg. Vè Série T. XIII p 15 1933

IVY AC. GROSSMANN MI et BACHRACH W.H. - Peptic ulcer
The Blakiston Cy edit.
Philadelphie Toronto 1950

JANKELSON O.M. JANKELSON I.R. ZAMCHECK N. - Hémorragie (érosive) gastritis
The Am. Journal of digestive Diseases. Aout 1959
nouvelle série vol. 4 n° 8 pp. 603-627

JAVOR T. et VARRO V. - Experimental observations during the development of cincophen ulcer in dogs
Gastroenterology T. 32 pp 119-125 1957

KONJETZNY G. E. - Chronische Gastritis und duodenitis als Ursache des magenduodenal-geschwurs.
Beitr. Path. Anat. T. 71 p. 595. 1923

KONJETZNY G.E. In HENKE and LUBARSCH O. - Handbuch der sperziellen pathologischen. Anatomie und histologie.
Band I Teil 2 p. 768
Springer - Verlag. Berlin 1927

- Die entzündliche Grundlage der typischen Geschwürsbildunq im Magen und Duodenum p. 69
Springer - Verlag. Berlin 1930

- Die Geschwürsbildung in Magen, duodenum und jejunum
Ferdinand Enke Edit. Stuttgart 1947

- et PUHL H. - Das sogennante ulcus pepticum des Magens der Absatzkälber
Virchows arch. path. anat. 262 615 1926

KORBSCH R. - Med. Klin. 30 p. 965 1934

- Endoskopische Magenpathologic.
Georq. Thieme edit. Leipziq. 1941

.../.

LAMBERT R. - Les aspects récents de l'ulcère expérimental
Thèse Lyon n° 19 Février 1958
LAMBLING BONFILS RICHIR PDTET ANDREJEVIC BARATGIN - Hémorragies par gastrite hémorragique et par "ulceratio simplex" 1959
Arch. Mal. App. Dig. T. 48 7-8 supp. 73-100 Juillet Août
- CACHIN M. BONFILS S. CONTE-MARTI LEVILLANC RICHIR L. - Les lésions gastriques provoquées par les dérivés cortisoniques
Etude humaine et expérimentale.
Presse médicale T. 65 pp. 1695 - 1698 1957
- GOSSET J.R. et BERNIER J.J. - Le diagnostic biologique de la gastrite
Arch. Mal. App. Dig. 42 7-8 pp. 885-903 1953
- HARDOUIN J.P. BONFILS S. et LAUMONIER R. - Ulcère gastrique expérimental
Arch. Mal. App. Dig. T 42 n° 4 pp. 417-951 Avril 1953
LAUMONIER R. - Etude histologique des gastrites ulcéreuses et de l'exulceratio simplex. In "La maladie ulcéreuse de l'estomac"
Actualité hépato-gastro-entérologique de l'Hôtel-Dieu
IX 1960 Masson Edit.
LETULLE - Traité d'anatomie pathologique
Paris 1931
LISCIA - Gastrite polypoïde ombiliquée
Thèse Marseille 1947
LOEPER M. VARAY A. CHASSAGNE P. - Gastro hépatite nécrotique ulcéreuse et hémorragique
Bull. Mem. Soc. Med. Hôp. Paris. Séance du 13 décembre 1940
n° 46 pp. 831 - 837
MAGNUS HA. In JONES F.A. - Modern Trends in Gastroenterology
Chap. 14 Butterworth et Co. London 1952
MANGOLD R. - Dix questions sur les gastrites chroniques
Schweiz. Med. Wschr. T. 90 80-4 23 Janvier 1960
MEGAY L. - Gastrite erosive
Magy Radiol. 9 pp. 173-5 1957
MOUTIER Fr. - Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac
Paris 1935. Masson éditeur
- Anatomie pathologique des gastrites.
Rapports du 1er. Congrès International de Gastro-Entérologie
Bruxelles Août 1935 - pp. 215 - 310
- Thérapeutique des gastrites ulcéreuses
Bull.Mém. Soc. Thérap. 72è an. Séance 13 Janvier 1937 p. 12-18
- Terminologie des ulcérations gastriques
Arch. Mal. App. Dig. mars 1951 T. 40 N° 3 p. 322-324
- BELLIN A. - Des poussées de gastrite ulcéreuse dans l'ulcère de CRUVEILHIER
Arch. Mal. App. Dig. T. XXX n° 1-2 pp. 76-83 1941
- CORNET A. - L'évolution de la gastrite boutonneuse
Arch. Mal. App. Dig. T. 38 p. 1204-1210 Juillet 1949
- - La gastrite aphtoïde
Presse médicale T. 81 pp. 1196-1197 1949
- - La gastrite ulcéreuse des psychasthéniques
Les entretiens de Bichat 1952 pp. 127-130
Exp. Scient. Fr. edit. Paris

.../.

MOUTIER Fr. CORNET A. - Les Gastrites - Masson et Cie. Edit. 1955
- - Encycl. med. chir. Estomac.
Fasc. 9017 A 10 1. 1959
- - Gastrite ulcéreuse et exulceratio simplex. Etude clinique et gastroscopique
In "La maladie ulcéreuse de l'estomac". Actualités hépato-gastro-entérologique de l' Hôtel-Dieu IX 1960 Masson edit.
- - MION R.J. - Images d'addition de la petite courbure gastrique sans ulcère de CRUVEILHIER en activité. Etude radioendoscopique
Sem. Hôp. Paris T. 22 p. 1011 14 Juin 1946
- MARTIN J. - Deux cas de gastrite varioliforme
Arch. Mal. App. Dig. T 36 pp. 155 - 160 1947
NEUMAIER F. - La gastrite érosiva
Monografia n° 14 Archivio "E. Maragliano" Genova 1955
PALMER E.D. - Stomach disease as Diagnosed by Gaskoscopy
Lea and Febiger. Philadelphia 1949
- Chronic superficial gastritis observations on clinical and histopathologic significance
Am. J. Dig. Disease T. 20 pp. 369 - 372 1953
- Erosive gastritis in cirrhosis. Influence of Portal hypertension on the gastric mucosa
AM. J. Digest. Dis n° 2 p. 1 à 47 Janvier 1957 New-York
- Hemorrhage from erosive gastritis ans its surgical implications
Gastro-enterology T. 36 p. 856 860 1959
PARIS SOULIER A. - Perforations mortelles au cours d'une gastrite ulcéreuse
Arch. Mal. App. Dig. T. 41 n° 2 pp. 229-232 1952
PAPAYANNOPOULOS G. DEDES D. KASRALIS E and -AREALIS E. - A study of antral gastritis in the resected stomach
Gastroenterology T. 32 p. 428-430 1957
PARTURIER - LANNEGRACE Monique LECANUET R. - Gastrite atrophique érosive (Importantes déformations prépyloriques rétractiles provoquées par une .)
Sem. Hôp. Paris P. 60 14 Janvier 1947
PERRY H.M. - Gastrite chronique avec érosions superficielles associées
Guthrie Clin Bull. 28 n° 2 p. 40-5 1958 (Sayre, Pa)
PIROVANO A. - Le gastriti ombelicate nel quadro delle gastriti allergiche
Minerva chirurgica 4 p. 88 1951
POTET F. - Etude anatomo-pathologique des lésions ulcéreuses-gastroduodénales chez le cirrhotique
Mémoire d'anatomo-pathologie Fac. Med. Paris. 1959
- Mme. CONTE-MARTI CONTE M. LAMBLING A. - Les lésions ulcéreuses gastriques au cours des cirrhoses (ulcère chronique de CRUVEILHIER et ulcérations aiguës) En dehors de tout traitement cortisonique
Arch. Mal. App. Dig. T. 50 n° 10 p. 1038-1049 Octobre 1961
ROCH M. DEMOLE M. ANDEREGGEN P. - Gastrite varioliforme hémorragique
Bull. Mme. Soc. Med. Hôp. Paris n° 13-14 1950
RODRIGUEZ-OLLEROS A. GALINDO L. - L'action de la cortisone et de l'hormone corticotrope antérieure sur la gastrite expérimentale et les ulcères.
Gastroenterology T. 32 pp. 675-88 1957

.../.

RONCORONI L. BALDINI G. - Su un caso di pancreas aberrante a sesc dello stomaco. Problemi di diagnosi differanziale con la agstrite varioliforme.
Arch. It. Mal. App. Dig. Vol 23 Fasc. 3 pp. 219-234 1957

SCHINDLER R. - Gastritis
Grune and Stratton edit. New York 1947

- Gastroscopy
Ed. 2 University Press. Chicago 1950

SENEQUE J. FABRE LE CANUET R. - Gastrite polypoïde en ventouse de poulpe associée à un ulcère de la petite courbure.
Confrontations radio-anatomo-cliniques publiées sous la direction de M. CHIRAY R.A. GUTMANN et J. SENEQUE T. III p. 15 - 16
Doin et Cie. Masson et Cie. Edit. Paris 1949

- - - Gastrite en ventousesde poulpe
Confrontations radio-anatomo-cliniques publiées sous la direction de M. CHIRAY R.A., GUTMANN et J. SENEQUE T. III p. 17
G. Doin et Cie. Masson et Cie. Edit. Paris 1949

THOMPSON H. M.D. (From the department of pathology Stobhill) Hospital, Glasgow, Scotland)
Gastritis in partial gastrectomy specimens
Gastroenterology Vol. 36 n° 6 p. 861-876. 1959

VAGUE J. - Une perlèche gastrique
Arch. Mal. App. Dig. T. 42 p. 100 - 101 1953

VALLEBONA Allesandro - I - Quadri radiologici delle gastriti
Con la collaborazione di L. Olive Relazione al LXII Congr. Soc. Ital. di Med. Int. Milano 1956

VIDAL-COLOMER E. - Gastritis
Paz Montalvo Madrid 1951

- - VALLS DURAN J. - Gastrite ulcéreuse
Rev. españ. enferm. app. digest. T. 17 n° 5 pp. 481 - 490 mai 1958

VIVIANI C. - Gastrite varioliforme
Osp. Maggiore 46 n° 5 pp. 226-233 1958

WALDMANN K. FINDOR J.A. - Gastrites dans les affections hépatiques chroniques
Med. Klin. 55 1190-4 Juillet 1960

WALK L. - (from the Roentgen department and the surgical department, Central Hospital. Eskilstuna Sweden).
Erosive gastritis
Clinical Review and Analysis of Twenty-seven Cases
Gastroenterologia. Vol. 84 n° 2 p. 87-98 1955

* DEBRAY Ch. CAROLI J. CATTAN R. PEQUIGNOT H. REDON H.
Que faut-il penser de l'exulceratio simplex ?
Confrontations thérapeutiques de l'Hôpital Necker
Presse Médicale T. 70 n° 6 3 Février 1962 pp 279-281

Pour l'anatomie pathologique, consulter la bibliographie des travaux du Pr. LAUMONIER, en particulier ceux parus dans les Actualités Hépato-Gastro-Entérologiques.